



Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus

Valtiontalouden tarkastusviraston
tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009



Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus

ISSN-L 1798-2219
ISSN 1798-2219 (nid.)
ISSN 1798-2227 (PDF)
ISBN 978-952-499-106-3 (nid.)
ISBN 978-952-499-107-0 (PDF)

Edita Prima Oy
Helsinki 2009

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 279/54/08

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston voimassa olevien tarkastusohjeiden mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2012.

Helsingissä 25. päivänä kesäkuuta 2009

Ylijohtaja Vesa Jatkola

Johtava tuloksellisuustarkastaja Taina Rintala

Asiasanat:

mielenterveyspalvelut, lait, informaatio-ohjaus, järjestäminen, organisointi, kustannukset, yhteistyö

Sisällys

Tiivistelmä	7
Resumé	10
1 Johdanto	13
2 Tarkastusasetelma	18
2.1 Mielenterveystyötä ja -palveluja ohjaavat keskeiset lait ja niiden ohjaus ja valvonta	18
2.1.1 Lainsäädännöllinen perusta	18
2.1.2 Mielenterveyspalveluiden ohjaus ja valvonta	25
2.2 Mielenterveyspalveluiden tarkastuskriteerit ja -kysymykset	28
2.2.1 Mielenterveyspalveluiden riskialueet	29
2.2.2 Tarkastuskysymykset	33
2.2.3 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät	36
3 Tarkastushavainnot	39
3.1 Keskeiset mielenterveyspalveluja ohjaavat lait	39
3.1.1 Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (Paras)	39
3.1.2 Mielenterveyslaki	42
3.1.3 Työterveyshuoltolaki	47
3.1.4 Yksityistä palvelutuotantoa ohjaavat lait	50
3.1.5 Muut mielenterveyspalveluja ohjaavat lait	52
3.1.6 Kokoavat havainnot ja päätelmät	57
3.2 Informaatio-ohjaus mielenterveyspalveluissa	66
3.2.1 Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat	67
3.2.2 Käypä hoito -suositukset ja kiireettömät hoidon kriteerit	69
3.2.3 Hoito- ja palveluketjut	73
3.2.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät	74
3.3 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen	77
3.3.1 Palvelutarpeita ja palveluiden saatavuutta koskevat ongelmat	77
3.3.2 Henkilöstövoimavarat	80
3.3.3 Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen	83
3.3.4 Yksityisen sektorin rooli	89
3.3.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät	94
3.4 Mielenterveyspalveluiden kustannukset	95
3.4.1 Kustannusselvitykset ja palveluiden käyttö	95
3.4.2 Mielenterveyspalvelujen rahoitus	99
3.4.3 Havaintoja tarkastuskunnista	101
3.4.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät	104
3.5 Yhteistyö mielenterveyspalveluissa	107

3.5.1	Jatkohoito	107
3.5.2	Hoitovastuu	109
3.5.3	Yhteistyön ongelmat	112
3.5.4	Kokoavat havainnot ja päätelmät	123
4	Tarkastusviraston kannanotot	132
	Lähteet	140

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus

Mielenterveydellä on suuri merkitys ihmisten hyvinvoinnille, mutta sen nähdään myös lisäävän tuottavuutta, taloudellisuutta ja talouskasvua. Mielenterveyshäiriöiden aiheuttama valtiontaloudellinen merkitys ilmenee ennen kaikkea suurina työkyvyttömyyden aiheuttamina tuotannonmenetyksilukuina. Viime vuosina erityisesti toistuvaan masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrät ovat kasvaneet nopeasti. Vuonna 2007 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 44,1 prosentilla oli eläkkeen perusteena jokin mielenterveyshäiriö. Mielenterveyshäiriöiden suoria hoitokustannuksia lisäävät myös pitkät hoitajakset. Kustannuksia kasvattavat sairastuminen hyvin nuorena ja sairauden pitkäkestoisuus. Mielenterveyshäiriöiden aiheuttamista kokonaiskustannuksista ei kuitenkaan voida esittää edes karkeaa arviota.

Tarkastuksen tavoitteena on ollut selvittää, miten mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö toimii käytännössä. Tarkastuksessa selvitettiin ohjaako lainsäädäntö, erilaiset suositukset ja rahoitus mielenterveyspalveluiden järjestämistä tavoitteiden mukaisesti ja edistävätkö ne eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tarkastusaineisto koostui kunnissa mielenterveysasiakkaiden/-potilaiden kanssa käytännön hoitotyötä tekevien sekä valvontaviranomaisten haastatteluista.

Tarkastuskertomuksessa mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta on tarkasteltu perusterveydenhuollossa, erikoissairanhoidossa, sosiaalihuollossa ja työterveydenhuollossa. Asiaa on selvitetty työikäisen väestön näkökulmasta. Esimerkiksi laitoshoidon ja päihdepalvelut on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

Tarkastus osoitti, että mielenterveyspalveluja ohjaavia välineitä käytetään, mutta ei välttämättä siten kun lainsäätäjät on olettanut. Mielenterveyspalvelujen rakenne on muuttunut mielenterveyslain mukaisesti avohoitopainotteisemmaksi, mutta muutos on tuonut mukanaan myös uusia ongelmia. Mielenterveyspalveluja koskeva säädöskokonaisuus on hyvä esimerkki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän hallinnollisesta, organisatorisesta ja palvelujen pirstaleisuudesta.

Psykiatristen laitospaikkojen väheneminen on näkynyt yksityisten palveluntuottajien tuottamien asumisyksiköiden määrän kasvuna. Palveluasumisyksiköissä asuu huonokuntoisia pitkäaikaissairaita, joiden hoidossa lääkehoito on merkittävässä asemassa. Lakien mukaan palveluasumisyk-

siköissä pitäisi tällöin olla sekä sosiaali- että terveydenhuollon lupa eli ns. kaksoislupa. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että vain harvalla palveluasumista tarjoavalla yksityisellä palveluntuottajalla oli molemmat luvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistäminen nähdään keinoksi edistää mielenterveyspalveluiden saumattomien hoito- ja palveluketjujen muodostamista. Tarkastushavainnot osoittivat, että aikuisväestön mielenterveyteen liittyvissä asioissa perusterveydenhuollon yhteistyö sekä sosiaalihuollon että työterveydenhuollon välillä oli hyvin vähäistä. Yhteistyö ei ollut myöskään sujuvaa erikoissairaanhoidon ja muiden yhteistyötahojen kesken. Yhteistyön ongelmat tulivat esille jatkohoidossa. Lainsäädännön mukaan erikoissairaanhoidon pitäisi antaa terveyskeskukselle selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan jatkohoidon seurannan toteuttamiseksi, mutta lain kirjain ei toteudu käytännössä.

Yhteistyön onnistumista hankaloitti myös reaaliaikaisen tiedon siirtymisongelmat hoito- ja palveluketjussa. Potilastiedon välittymistä toimijalta toiselle estää muun muassa potilasasiakirjojen käyttöoikeudet. Erikoissairaanhoidossa toimivilla on yleensä oikeus lukea perusterveydenhuollon potilaskertomustietoja, mutta terveyskeskuslääkärien ja muiden terveydenhuollon ammattiryhmien lukuoikeudet vaihtelevat.

Hyvin laaditut suunnitelmat edistävät palvelujen yhteensovittamista sekä varmistavan hoidon laatua että vaikuttavuutta. Tarkastus osoitti, etteivät suunnitelmat täytä niille asetettuja odotuksia. Lainsäädäntö edellyttää, että potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hänelle tulee uudessa paikassa laatia uusi (hoito ja/kuntoutus) suunnitelma. Uusi suunnitelma tehdään aina uuden palveluntuottajan näkökulmasta, jolloin on todennäköistä, että mielenterveyspotilaan/-asiakkaan hoito- ja palveluketju rakentuu monista hoitomalleista ja erilaisista tavoitteista.

Suomessa suuri osa aikuisväestön terveyspalveluista tuotetaan työterveyshuollossa. Työterveyshuoltosopimukset ovat sisällöllisesti kuitenkin hyvin erilaisia. Osaan sopimuksista sairaanhoitopalvelut sisältyvät joko kattavasti tai suppeasti, mutta osaan ne eivät sisälly lainkaan. Tällöin osalle työntekijöistä yleislääkäritasoiset sairaanhoitopalvelut tarjoaakin kunta eikä työnantaja (yritys).

Mielenterveyspalveluja koskevia erilaisia suosituksia on viime vuosina annettu runsaasti. Mielenterveyspalveluja koskeva informaatio kohdistetaan useimmiten käytännön työtä tekeville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan informaatio-ohjauksessa huomiota tulisi kiinnittää enemmän levitettävän tiedon tarkempaan kohdentamiseen ja luokitteluun merkittävyyden mukaan.

Parhailtaan sosiaali- ja terveydenhuollossa on meneillään erilaisia toiminnallisia ja rakenteellisia uudistuksia. Tarkastushavaintojen mukaan

joissakin kunnissa uudistuksilla ei ole kyetty tehostamaan toimintaa, vaan pikemminkin niillä on hankaloitettu muun muassa hoitoon pääsyä, potilas-tiedon siirtoa tai lisätty toimintojen päällekkäisyyttä.

Terveyskeskuksissa toimivien vuokralääkärien määrä on kasvanut, koska kunnat ovat pyrkinet ostopalveluilla ratkaisemaan terveyskeskuslääkäripulaa. Vaikka terveyspalveluiden saatavuus on parantunut, voidaan kielteisenä kehityksenä pitää palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden heikentymistä. Tarkastushavaintojen mukaan vuokralääkäreiden käyttö on vaikeuttanut mielenterveyspalveluissa tehtävää yhteistyötä ja lisännyt erikoissairaanhoidossa tehtävää selvitystyötä.

Mielenterveyspalveluiden organisointi vaikuttaa myös palveluiden saatavuuteen ja kustannuksiin. Yleinen kehityssuunta näyttäisi olevan se, että osa kunnista oli pyrkinyt määrätietoisesti siirtämään sairaanhoitopiirien järjestämiä psykiatrian avohoitopalveluja oman järjestämisvastuun piiriin. Osassa kunnista mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittäminen oli vielä pahasti kesken.

Yleisen käsityksen mukaan mielenterveyspalveluiden resurssit ovat riittämättömät, mutta tarkastushavaintojen mukaan kunnat katsoivat käyttävänsä riittävästi resursseja mielenterveyspalveluihin. Kysymys näyttäisi-kin olevan enemmän siitä, kohdentavatko kunnat taloudelliset resurssinsa erikoissairaanhoidotasoiisiin vai perusterveydenhuoltotasoiisiin palveluihin. Valinta vaikuttaa siihen, miten mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa mielenterveystyölle asetettuihin ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tavoitteisiin voidaan vastata.

Tarkastusvirasto katsoo, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetty ehdotus mielenterveyslain päivittämisestä vastaamaan nykypäivää ei ole riittävä, vaan laki pitäisi kirjoittaa kokonaan uudelleen.

Funktionsdugligheten för lagstiftningen som styr mentalvårdstjänsterna

Den mentala hälsan är av stor betydelse för människornas välbefinnande, men den anses också förbättra produktivitet, effektivitet och ekonomisk tillväxt. Den statsfinansiella betydelsen av mentala störningar yppar sig framför allt som ett stort bortfall i produktionen beroende på arbetsoförmåga. På senare år har i synnerhet volymen för invalidpensioner som beror på återkommande depression och bipolära mentala störningar ökat snabbt. Bland dem som år 2007 avgick med invalidpension var hos 44,1 procent pensionsgrunden något slag av mental störning. De direkta kostnaderna för vården av mentala störningar ökas också av de långa vårdperioderna. Kostnaderna ökas av att insjuknandet sker i mycket unga år och av att sjukdomen är långvarig. Av de totala kostnader som mentala störningar orsakar kan emellertid inte presenteras ens en grov uppskattning.

Syftet med revisionen har varit att klarlägga hur den lagstiftning som styr mentalvårdstjänsterna fungerar i praktiken. Med revisionen klargjordes huruvida lagstiftningen, olika rekommendationer och finansiering styr ordnandet av mentalvårdstjänster i enlighet med målsättningarna och huruvida de främjar samarbetet mellan olika aktörer. Revisionsmaterialet utgjordes av intervjuer med personal som i kommunerna bedriver det praktiska vårdarbetet med mentalvårdsklienterna/-patienterna samt av intervjuer med tillsynsmyndigheterna.

I revisionsberättelsen har funktionsdugligheten för den lagstiftning som styr mentalvårdstjänsterna granskats inom primärvården, specialsjukvården, socialvården och företagshälsovården. Saken har utretts ur perspektivet för befolkningen i arbetsför ålder. Exempelvis institutionsvård och missbrukarvård har avgränsats utanför granskningen.

Revisionen visade att verktyg som styr mentalvårdstjänsterna används, men inte nödvändigtvis på det sätt som lagstiftaren har antagit. Mentalvårdstjänsternas struktur har i enlighet med mentalvårdslagen ändrats så att betoningen ligger mera vid öppen vård, men förändringen har också medfört nya problem. Den helhet av stadganden som gäller mentalvården utgör ett gott exempel på den administrativa, organisatoriska och operativa splittring som kännetecknar social- och hälsovårdens servicesystem.

Minskningen av antalet psykiatriska anstaltsplatser har yppat sig som en ökning av antalet boendeenheter som tillhandahålls av privata serviceproducenter. I enheterna för serviceboende bor långtidssjuka i dålig kondi-

tion, där medicineringen utgör en betydande del av vården. Enligt lagarna borde boendeenheterna då ha tillstånd för både social- och hälsovårdstjänster, ett s.k. dubbeltillstånd. Observationerna vid revisionen visade emellertid att endast få privata serviceproducenter som tillhandahåller serviceboende har bägge tillstånden.

Ett närmare samarbete mellan social- och hälsovården ses som ett sätt att främja uppkomsten av obrutna vård- och servicekedjor inom mentalvården. Observationerna vid revisionen visade att i ärenden gällande den vuxna befolkningens mentala hälsa var primärvårdens samarbete med såväl socialvård som företagshälsovård mycket litet. Samarbetet var inte heller smidigt mellan specialsjukvården och andra samarbetsinstanser. Problemen i samarbetet visade sig i den fortsatta vården. Enligt lagstiftningen borde specialsjukvården ge hälsocentralerna tydliga och detaljerade anvisningar om uppföljningen av patientens fortsatta vård, men lagens bokstav uppfylls inte i praktiken.

Ett framgångsrikt samarbete hämmades också av problemen med överföring av information i realtid inom vård- och servicekedjan. Förmedlingen av patientuppgifter från en aktör till en annan hindras bl.a. av rättigheterna att läsa patientjournaler. De som fungerar inom specialsjukvården har i allmänhet rätt att läsa uppgifterna i primärvårdens patientjournaler, men vad gäller hälsocentralläkare och övriga yrkesgrupper inom hälsovården varierar insynsrätten.

Väl utarbetade planer främjar samordningen av tjänsterna och säkerställer vårdens kvalitet och effekter. Revisionen visade att planerna inte uppfyller de förväntningar som har ställts på dem. Lagstiftningen förutsätter att när en patient överförs från ett vårdställe till ett annat, skall för patienten på det nya stället göras upp en ny plan för vård eller rehabilitering. Den nya planen utarbetas alltid ur den nya serviceproducentens perspektiv, varvid det är sannolikt att mentalvårdspatientens/-klientens vård- och servicekedja byggs upp av många vårdmodeller och enligt varierande målsättningar.

I Finland verkställs en stor del av den vuxna befolkningens hälsovårdstjänster inom ramen för företagshälsovården. Innehållet i avtalen om företagshälsovård varierar emellertid i stor omfattning. I en del av avtalen ingår sjukvårdstjänster antingen heltäckande eller begränsat, men i en del ingår sådana inte alls. Detta innebär att för en del av arbetstagarna erbjuds sjukvårdstjänsterna på allmänpraktiserande läkares nivå av kommunen och inte av arbetsgivaren (företaget).

Under senare år har getts ett stort antal olika rekommendationer som berör mentalvården. Informationen om mentalvårdstjänster riktas oftast till de yrkesmänniskor inom social- och hälsovården som utför det praktiska arbetet. Enligt revisionsverkets uppfattning borde man i informationsstyr-

ningen ägna större uppmärksamhet åt en exaktare inriktning av den givna informationen och åt dess kategorisering enligt väsentlighet.

Som bäst genomförs inom social- och hälsovården ett antal funktionella och strukturella reformer. Enligt observationerna vid revisionen har man i en del kommuner inte förmått effektivisera verksamheten med reformerna, utan snarare har man med dem bl.a. gjort det besvärligare att komma till vård, överföra uppgifter om patienten eller man har åstadkommit överlappande verksamheter.

Antalet stafettläkare vid hälsocentralerna har ökat, emedan kommunerna har gått in för att med köpta tjänster råda bot på bristen på hälsocentralläkare. Trots att tillgången på hälsovårdstjänster har förbättrats, kan som en utveckling i negativ riktning betraktas att tjänsternas kvalitet och kostnadseffektivitet har försämrats. Enligt observationerna vid revisionen har användningen av stafettläkare försvårat samarbetet inom mentalvården och ökat mängden utredningsarbete som måste utföras i specialistsjukvården.

Organiseringen av mentalvårdstjänsterna påverkar också tjänsternas tillgänglighet och kostnader. Den generella trenden förefaller vara att en del av kommunerna målmedvetet hade gått in för att överföra de av sjukvårdsdistrikten ordnade öppenvårdstjänsterna inom psykiatri till att omfattas av ett eget organiseringsansvar. I en del av kommunerna var utvecklandet av systemet med mentalvårdstjänster alltför illa på hälft.

Den allmänna uppfattningen är att resurserna för mentalvårdstjänster är otillräckliga, men enligt observationerna vid revisionen ansåg kommunerna att de använder tillräckligt med resurser för mentalvårdstjänsterna. Det förefaller att mera vara fråga om huruvida kommunerna inriktar sina ekonomiska resurser på tjänster på specialistsjukvårdens nivå eller på primärvårdens nivå. Valet inverkar på hur de i den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete uppställda målsättningarna för förebyggande och tidigt intervention kan realiseras.

Revisionsverket anser att det i den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete framställda förslaget om uppdatering av mentalvårdslagen till att svara mot dagens behov inte är tillräckligt, utan att lagen borde helt skrivas om.

1 Johdanto

Suomalaisten terveydentila ja toimintakyky ovat useimpien osoittimien mukaan kohentuneet viimeisten vuosikymmenien aikana, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat suurimmaksi osaksi säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Väestön elinajanodote on pidentynyt, hyväksi terveytensä kokevien osuus väestöstä on kasvanut ja pitkäaikaissairaiden osuus hieman vähentynyt. Myönteisen kehityksen vastineeksi elintapoihin liittyvät sairaudet ovat kuitenkin lisääntyneet: lihavuus ja alkoholinkäyttö ovat lisääntyneet sekä allergiat ja diabetes ovat kasvaneet. Vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on pysynyt jokseenkin ennallaan, mutta työikäisen väestön psyykinen oireilu ja stressikokemukset näyttävät hieman yleistyneen. Vaikka mielenterveyshäiriöt eivät ole lisääntyneet, ovat ne nykyisin kuitenkin muiden syiden, etenkin verenkiertoelinsairauksien, vähennettyä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen tärkein syy.¹

Mielenterveyden merkitys ihmisen kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa onkin viime vuosina alettu ymmärtää yhä konkreettisemmin. Mielenterveys nähdään erottamattomaksi osaksi yleistä kansanterveyttä: *"Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä"*. Mielenterveydellä nähdään olevan suuri vaikutus kansalaisten hyvinvointiin, mutta sen nähdään myös lisäävän tuottavuutta, työllisyysastetta ja talouskasvua.² Mielenterveyden korostetaan vaikuttavan työllisyyteen ja työttömyyden vaikuttavan ihmisten mielenterveyteen³. Mielenterveys kytkeytyy siten tiiviisti osaksi talouspolitiikkaa.

Uudenlainen käsitys mielenterveyden merkityksestä on näkynyt mielenterveystyön yhteiskunnallisen painoarvon kasvamisena. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Euroopan unioni ovat omissa toimintaohjelmissaan nostaneet mielenterveyskysymykset etualalle⁴. Kesäkuussa 2008 EU:n jäsenvaltiot sitoutuivatkin mielenterveyttä ja hyvinvointia koskevaan eurooppalaiseen (yhteistyö)sopimukseen (European Pact for Mental Health and Well-being), jolla edistetään mielenterveyttä Euroopassa.

¹ Palosuo ym. (2007); Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a)

² KOM(2005a); KOM(2005b)

³ PA_TA(2006)0341

⁴ Neuvoston päätöslauselma annettu 18. marraskuuta 1999 mielenterveyden edistämiseksi (2000); WHO (2001); Yhteisön kansanterveysalan toiminta-ohjelma (2003-2008); KOM(2005b); WHO (2005)

Euroopan komissio laatii tänä vuonna ehdotuksen neuvoston suositukseksi mielenterveydestä ja hyvinvoinnista⁵.

Suomessa mielenterveystyö on noussut parin hiljaisemman vuoden jälkeen uudelleen erityiseksi kehittämiskohteeksi. Nykyisen hallitusohjelman mukaan palvelurakennemuutoksen toteuttaminen edellyttää muun muassa mielenterveystyön kehittämistä. Vaikka hallitusohjelmassa korostetaan, että erityishuomiota kiinnitetään lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusväestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen ja mielenterveystyön osaamiseen, siinä korostetaan kuitenkin erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen ja psykiatrisen hoidon saatavuuden parantamista.⁶

Mielenterveystyötä korostetaan myös politiikkaohjelmissa. Terveiden edistämisen politiikkaohjelman linjauksen mukaan määrärahoja suunnataan strategisesti valittuihin kokonaisuuksiin kuten mielenterveyden edistämiseen. Työn, yrittämisen ja työelämän politiikkaohjelman tavoitteena on pidentää työuria muiden muassa ehkäisemällä työkyvyttömyyttä aiheuttavaa masennusta.⁷

Hallitusohjelman mielenterveyttä koskevat linjaukset näkyvät selkeästi sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2007 asettamissa uusissa kehittämissuunnitelmissa. Kaste-ohjelmassa (2008–2011)⁸ Valvira (ent. TEO) ja lääninhallitukset on vastuutettu seuraamaan ja valvomaan mielenterveyspalveluiden saatavuutta ja hoidon saatavuudesta tiedottamista sekä skitsofrenian hoidon vaikuttavuuden alueellisten erojen kehittymistä. Mastohankkeella pyritään ehkäisemään työssä käyvien masennusta ja vähentämään masennuksesta aiheutuvaa työkyvyttömyyttä⁹. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 -työryhmän esitys mielenterveys- ja päihdehuollon kehittämiseksi on juuri valmistunut¹⁰.

Kansanedustajat ovat myös tehneet vuosina 2000–2008 yhteensä 87 erilaista mielenterveystyötä koskevaa aloitetta. Näistä vajaa neljä viidesosaa on ollut talousarvioaloitteita.¹¹

⁵ *European Pact for Mental Health and Well-being. Taustalla on komission vuonna 2005 antama vihreä kirja "Väestön mielenterveyden parantaminen – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia" (KOM(2005)0484.*

⁶ *Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelma (2007)*

⁷ *Emt.*

⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a)*

⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)*

¹⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a)*

¹¹ *Vuosina 2000–2008 kansanedustajien tekemät mielenterveystyötä koskevat aloitteet jakautuivat seuraavasti: lakialoitteita oli 5, talousarvioaloitteita 67, lisä-*

Uudenlainen käsitys mielenterveydestä on merkinnyt myös sitä, että käsite on saanut uusia ulottuvuuksia. Aikaisemmin mielenterveys ymmärrettiin lähinnä mielisairautena: mielenterveyden häiriönä, oireina ja ongelmina. Käsitys mielenterveydestä yhdistettiin sosiaaliseen stigmaan ja negatiiviseen asennoitumiseen. Nykyään mielenterveys nähdään myös positiivisessa merkityksessä, joka vaikuttaa hyvinvointiin, elämänlaatuun ja sosiaaliseen pääomaan.¹² "Positiivisessa mielenterveysajattelussa" mielenterveys ymmärretään investoinniksi eikä kustannukseksi.

Positiivinen käsitys mielenterveydestä on muuttanut hyvinvointipoliittista tavoitteenasettelua, ymmärrystä mielenterveyspalveluiden kohteista ja erilaisten toimijoiden roolista. 2000-luvulla hyvinvointipoliitikassa on alettu korostaa voimakkaasti mielenterveyden edistämistä. Mielenterveyspalveluiden kohteeksi on alettu mieltää yhä enemmän koko ja etenkin työssäkäyvä väestö eikä yksinomaan vain mielenterveysongelmista kärsivät yksilöt¹³. Hyvinvointipoliitikassa huomio halutaan suunnata marginaaliryhmien ongelmista suuren enemmistön hyvinvointiin ja sen antamiin mahdollisuuksiin¹⁴.

Uudenlaisen ymmärryksen siirtäminen käytäntöön edellyttää myös uudenlaista yhteistyötä ja asennoitumista mielenterveyteen liittyvissä asioissa. On alettu korostaa, että mielenterveys ei riipu vain sosiaali- ja terveyspolitiikasta vaan myös muiden hallinnonalojen esimerkiksi työllisyys-, koulutus-, asunto-, ympäristö- ja tasa-arvopolitiikan päätöksillä saattaa olla vaikutusta mielenterveyteen. "*Terveys kaikissa politiikoissa*" -ajattelutavan mukaisesti terveys tulee integroida osaksi muita politiikkoja. Tavoitteena on, että mielenterveystyötä kehitetään yhteistyössä laajan toimijajoukon kanssa. Tämä edellyttää yhteistyön tiivistämistä niin valtion-, alue- ja paikallishallinnossa kuin myös elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja kansalaisten välillä.

Mielenterveyskäsityksessä tapahtuneiden muutosten lisäksi palvelujärjestelmää on 1990-luvulta lähtien muokattu sosiaali- ja terveyspolitiikkaan "ujuttautuneen" New Public Management (NPM) -ajattelutavan mukaan. Se on tuonut julkiseen hallintoon uusliberalistisia käytäntöjä, ja sen myötä julkisen vallan rooli sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä on muuttunut vähäisemmäksi tai markkinaorientoituneemmaksi.¹⁵ Uutta ajat-

talousarvioaloitteita 4 ja toimenpideoitteita 11.

<http://www.eduskunta.fi>valtiopäiväasiat ja -asiakirjat>>aloitteet

¹² WHO (2005)

¹³ Vrt. KOM (2005b)

¹⁴ Palola (2009)

¹⁵ Eräsaari (2006)

telutapaa on sovellettu asteittain myös mielenterveyspalveluihin. Se on nähty keinona, jolla voidaan purkaa laitosvaltaisuutta, kehittää avomielen-terveyspalveluja ja ratkaista palveluiden saatavuus-, laatu- ja kustannus-ongelmia. Uudenlainen ajattelutapa on näkynyt sosiaali- ja terveyspalveluiden uudelleenorganisointina ja johtamiseen panostamisena, tilaaja-tuottajamalliin siirtymisenä, kilpailuttamisena, kumppanuuden (yhteistyön) korostamisena sekä verkostoitumisena ja tietotekniikan yleistymisenä.¹⁶

Mielenterveyspalveluissa siirryttiin myös 1990-luvun loppupuolella informaatio-ohjauksen aikakauteen, ja se jatkuu edelleen. 2000-luvulla sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt mielenterveyspalveluja osana laajempia hankkeita kuten Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaa, kansallista hanketta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2004–2007) ja sosiaalialan kehittämishanketta (2003–2007). Tällä hetkellä Suomessa on myös käynnissä useita erilaisia lainsäädäntö- ja kehittämishankkeita¹⁷, jotka tulevat vaikuttamaan myös jossain määrin mielenterveyspalveluiden organisointiin.

Viimeisen lähes parin vuosikymmenen aikana sosiaali- ja terveyspolitiikassa, mielenterveystyössä ja -palveluissa tapahtuneissa muutoksissa on ollut kyse siirtymästä valtiojohtoisesta mielenterveyspalveluiden hallitsemisesta hallinnallistumiseen. Muutosprosessissa on siirrytty laaja-alaiseen ja monenkeskiseen alueelliseen, seudulliseen, paikalliseen ja ei-valtiollisten toimijoiden (kansalaisjärjestöt, yritykset, kansalaiset) väliseen yhteistyöhön. Samalla valtiovalta on siirtynyt sisältöjen sääntelystä (henkilöstömääritykset, palvelujen sisältö, laitospaikkojen määrä asukasta kohti jne.) toimintaprosessien (hyvät käytännöt, näyttöön perustuvat hoidot) ohjaamiseen¹⁸.

Vaikka hälyttävää mielenterveyden heikkenemistä ei näyttäisi olevan tapahtumassa, on arvioitu, että suurimmat tuotannon menetykset yhteiskunnalle aiheutuvat juuri mielenterveysongelmista. Psykiatrisen sairastavuuden suurimmat kustannukset eivät muodostu niinkään hoidosta vaan pitkäaikaisesti menetetyistä toimintakyvystä¹⁹. Kuntien kokonaiskustannuksista mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiinteiden kustannusten ar-

¹⁶ Emt.

¹⁷ *Kunta- ja palvelurakenneuudistus, ehdotus uudeksi terveydenhuoltolaiksi, aluehallinnon uudistamishanke, sosiaaliturvan kokonaisuudistusta valmistelevalle komitealle (SATA-komitea), tietojärjestelmähankkeet ja sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistynyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen hallintolain suunnitelu.*

¹⁸ Vrt. Palola (2009)

¹⁹ Kiiskinen ym. (2005)

vioidaan olevan vuositasolla 85–159 euroa asukasta kohden²⁰. "Mieli 2009" -työryhmän mukaan kustannukset ovat pienet verrattuna esimerkiksi vanhustenhuollon kokonaismenoihin, jotka vuonna 2004 olivat 1 399 euroa asukasta kohden²¹.

Tässä tarkastuksessa pyritään selvittämään mielenterveystyötä ja palveluja ohjaavien välineiden toimivuutta. Tarkoituksena on tutkia sitä, kykenevätkö lainsäädäntö ja informaatio-ohjaus ottamaan riittävästi huomioon toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset. Tarkastuksessa on toisin sanoen tavoitteena selvittää sitä, kykenevätkö ohjausvälineet ohjaamaan mielenterveyspalvelujen järjestämistä uudentyyppisissä palvelurakenteissa ja ottamaan huomioon uudenlaiset palvelujen tuotantotavat.

Tarkastus kohdistuu työikäisen väestön mielenterveyspalvelujen tilan selvittämiseen. Tarkastuksessa ei käsitellä päihdepalveluja, laitoshoidoa eikä myöskään oikeuspsykiatriaan liittyviä kysymyksiä.

²⁰ Vitikainen ym. (2005)

²¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a)

2 Tarkastusasetelma

2.1 Mielen terveystyötä ja -palveluja ohjaavat keskeiset lait ja niiden ohjaus ja valvonta

2.1.1 Lainsäädännöllinen perusta

Mielen terveystyön ja mielen terveystyöpalveluiden lainsäädännöllinen perusta on selkeä, joskin sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus on osoittautunut käytännössä epäselväksi.²² Suomen perustuslain (L 731/1999 6 §, 19 §) mukaan kaikilla Suomen kansalaisilla on terveydentilastaan ja asuinpaikkakunnastaan riippumatta oikeus saada sosiaali- ja terveystyöpalveluja. Perustuslain mukaan palveluiden järjestäminen kuuluu valtiolle ja kunnille, mutta mielen terveystyöpalveluiden järjestäminen on erillislaeilla – mielen terveystyölaki, kansanterveystyölaki, erikoissairaanhoidonlaki ja sosiaalihuoltolaki – säädetty kunnan tehtäväksi. Koska sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki (L 1309/2003) antaa kunnalle mahdollisuuden järjestää palveluja eri tavoin, ohjaa mielen terveystyöpalveluja myös laki yksityisestä terveydenhuollosta (L 152/1990), laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (L 603/1996) ja työterveyshuoltolaki (L 1383/2001).

Mielen terveystyölaki

Mielen terveystyön ja mielen terveystyöpalveluiden organisointi perustuvat tammikuussa 1991 voimaan tulleisiin mielen terveystyölakiin (L 1116/1990) ja mielen terveystyöasetukseen (A 1247/1990). Laissa mielen terveystyöllä ymmärretään laajaa yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielen terveystyöhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielen terveystyö sisältää myös mielisairaille ja muita mielen terveystyöhäiriöitä, kuten ahdistusta ja masennusta, poteville henkilöille annettavat sosiaali- ja terveystyöpalvelut (mielen terveystyöpalvelut). Lisäksi mielen terveystyöhön sisältyy väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet

²² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a)*

ehkäisevät mielenterveydenhäiriöiden muodostumista, edistävät mielen-terveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Mielenterveyslaissa korostetaan avopalveluiden ensisijaisuutta ja oma-toimisuuden tukemista. Siinä ei määritellä yksityiskohtaisesti, mitä mielen-terveyspalveluilla tarkoitetaan vaan mielenterveyspalveluiden sisältö määritellään kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuol- tolaissa. Mielenterveyslaissa säädetään tarkemmin erityisesti rikoksesta syytetyn mielentilan tutkimisesta ja psykiatriseen sairaalahoitoon mää- räämisestä tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan määrätä mielisairaaksi diagnosoidut, jotka ovat vaaraksi itselleen tai muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle, ja joiden hoitoon ei voida soveltaa mitään muita mielenterveyspalveluita tai muut palvelut ovat riittämättömiä. Alaikäisten tahdosta riippumaton sairaalahoito tulee järjestää lasten- ja nuorisopsykiatrista hoitoa antavassa yksikössä.

Mielenterveyslaissa mielenterveyspalveluita tarvitsevilla tarkoitetaan ensisijaisesti mielisairaita ja mielenterveyshäiriöitä potevia aikuisia ja ala-ikäisiä. Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tu- kitoimista (L 380/1987 2 §) vammaiseksi määritellään henkilö, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suo- riutua tavanomaisista elämän toiminnoista. Määritelmän mukaan vammai- seksi voidaan määritellä tällöin myös henkilö, jolle mielenterveyshäiriöt ovat aiheuttaneet pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomai- sista arkielämään kuuluvista toiminnoista. Lakia voidaan soveltaa myös mielenterveyshäiriöitä poteviin henkilöihin, mutta vain silloin, kun henki- lö ei saa ensisijaisesti palveluja jonkin muun lain nojalla.

Mielenterveyslain mukaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan siten, että ne vastaavat alueella esiintyvää tarvetta. Lain 5 pykälässä säädetään erikseen mielen- terveyspalveluiden yhteen sovittamisesta. Pykälän mukaan sairaanhoito- piirin kuntainliiton, sen alueella toimivien terveystieteiden, kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen on huolehdit- tava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen koko- naisuus. Mielenterveysasetuksessa (A 1282/2000 6 d §) säädetään kuiten- kin vain lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden osalta tarkemmin, mi- ten alueilla yhteistyövelvoite tulee täyttää.

Aikuisille järjestettävien mielenterveyspalveluiden yhteistyöstä sääde- tään mielenterveyslain 5 §:n 2 momentissa. Momentti koskee kuitenkin vain mielisairaille tai muuta mielenterveyshäiriöitä poteville järjestettäviä tuki- ja palveluasumista. Momentin mukaan tuki- ja palveluasumisen jär- jestäminen kuuluu sosiaalitoimelle.

Kansanterveyslaki

Kansanterveyslain (L 66/1972 1 §) mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan muun muassa yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön määritelmää täsmennettiin vuoden 2006 alussa voimaan tulleella lainsäädäntömuutoksella (L 928/2005). Muutoksen myötä kansanterveystyöhön sisältyy myös kunnan velvollisuus seurata kunnan asukkaiden terveydentilaa ja sen kehitystä väestöryhmittäin sekä yhteistyön tekeminen muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa terveyden edistämiseksi. Uudistuksessa oli kysymys terveyden edistämisen painottamisesta erityisesti pitkällä aikavälillä²³.

Kansanterveyslain mukaisia mielenterveyden hoitoon liittyviä palveluja ovat terveyskeskuksessa järjestettävä sairaanhoito, johon sisältyy lääkärin suorittama tutkimus ja hoito tai annetun hoidon valvonta, lääkinnällinen kuntoutus ja kotisairaanhoito, terveysneuvonta, ehkäisevä mielenterveystyö, suun terveydenhuolto ja ympärivuorokautinen hoito (terveyskeskuksen vuodeosastohoito) sekä työterveyshuollon palvelut. Kansanterveyslain 49 §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä.

Kansanterveyslain 14 § 3 momentin perusteella kunnan on huolehdittava sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin, kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi.

Laissa korostetaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä, mutta yhteistyövelvollisuus koskee vain sellaisen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä, jota ei ole säädetty tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä.

Erikoissairaanhoitolaki

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveystalouksia (L 1062/1989 1 §). Erikoissairaanhoitolain mukaisiin palveluihin kuuluu myös päiväsairaanhoito. Lääkinnällinen kuntoutus sisältää kuntouttavien hoitotoimenpiteiden ohella neuvonnan, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävän tutkimuksen, apuvälinehuollon, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminnan sekä muut näihin rinnastettavat toiminnat, mikäli kuntoutusta ei ole säädetty Kansaneläke-

²³ *Narikka (2006)*

laitoksen tehtäväksi. Jos lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ei kuulu sairaanhoitopiirille tai kuntoutusta ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, sairaanhoitopiirin tehtävänä on huolehtia siitä, että potilas saa tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Sairaanhoitopiirin tulee myös yhteistyössä terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisten, Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelun järjestäjän kanssa ohjata potilas tarpeen mukaisesti palveluihin.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on sovittaa yhteen alueensa erikoissairaanhoitopalvelut ja yhteistyössä alueensa terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa niin, että kansanterveysyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin edellytetään tehtäviä hoitaessaan olevan sellaisessa yhteistyössä alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa, joita tehtävien suorittaminen vaatii.

Jos sairaanhoitopiiri toteaa, että henkilön hoito on tarkoituksenmukaisempaa hoitaa terveyskeskuksessa, on sairaanhoitopiirin ohjattava potilas jatkohoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

Hoitotakuulainsäädäntö

Maaliskuun alussa 2005 tulivat voimaan yksityiskohtaiset säännökset kiireettömään hoitoon pääsystä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhoidossa²⁴. Kansanterveyslain 15 b §:ssä säädetään, että potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys terveyskeskukseen. Potilaan hoidon tarve on arvioitava viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu ja hoitopäätös tehty. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon aloittamista voidaan kuitenkin lykätä kolmella kuukaudella, jos se lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä on mahdollista ilman, että potilaan terveydentila vaarantuu.

Erikoissairaanhoitolain 31 §:ssä säädetään, että kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on

²⁴ L 855/2004; L 856/2004

saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai sen toimintayksikköön. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen enintään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Hoitotakuulainsäädännön enimmäisajat eivät anna potilaille oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan lopullisen hoitopäätöksen tekee lääkäri potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaisesti (L 785/1992). Jotta perustuslaissa korostettu yhdenvertainen kohtelun periaate hoitoonpääsystä toteutuu, laativat lääkäriasiantuntijat valtakunnalliset kiirettömän hoitoonpääsyn perusteet²⁵. Ne tulivat voimaan samanaikaisesti hoitotakuulainsäädännön kanssa. Vaikka perusteet ovat suositusluonteisia, lainsäädäntö²⁶ edellyttää, että sairaanhoitopiiri yhdessä alueensa terveyskeskusten kanssa vastaa siitä, että kiirettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein.

Sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuoltolaki (L 710/1982) korostaa palveluiden järjestämistä avoimuus- ja asiakaslähtöisinä ja asiakkaiden omatoimisuutta tukevinä. Mielenterveystyön näkökulmasta keskeisiä kunnallisia sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi sosiaalityö, kotipalvelut ja asumispalvelut. Lisäksi mielenterveysasiakkaiden palveluvalikoima voi sisältää myös vaikeavammaisille tarkoitettuja vammaispalveluja, päihdehuollon palveluja, omaishoidon tukea, muita sosiaalipalveluja sekä kuntouttavaa työtoimintaa.

Sosiaalityö sisältää sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia. Kotipalvelut sisältävät muun muassa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun arkielämään kuuluvien toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Lainsäädännön mukaan kotipalveluihin ovat oikeutettuja esimerkiksi sellaiset henkilöt, joiden toimintakyky on heikentynyt ja jotka tarvitsevat tukea tai apua sairauden tai vamman vuoksi. Asumispalveluilla tarkoitetaan taas palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä.

Sosiaalihuollon asiakkaan tarvitsemaa kuntoutusta koskee sama yhteistyövelvoite kuin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon potilastakin (ks. edellä kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki).

²⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a)*

²⁶ *VNa 1019/2004*

Kunnilla on useita erilaisia vaihtoehtoja lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi. 2000-luvulle tultaessa kunnat ovat yhä enemmän ulkoistaneet palveluiden tuottamisen yksityisille palveluntuottajille (yrityksille ja järjestöille). Samaan aikaan kuntien ja kuntayhtymien ostoissa yksityiseltä sektorilta on tapahtunut muutos. Yksittäisten palvelujen ostamisen ohella kunnat ja kuntayhtymät ovat alkaneet ostaa myös isompia palvelukokonaisuuksia (esimerkiksi kokonaisen terveysaseman tai kaikki sairaanhoito- ja terveydenhuoltopalvelut). Kun kunta ostaa sosiaali- ja/tai terveyspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, rinnastetaan palvelut kunnan järjestämiin palveluihin. Tällöin asiakasmaksut määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen perusteella (A 912/1992).

Laissa yksityisestä terveydenhuollosta terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan laboratoriotoimintaa, radiologista ja muita siihen verrattavia kuvantamis- ja tutkimusmenetelmiä, terveydentilan tai sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi tehtäviä tutkimuksia ja toimenpiteitä, fysioterapeuttista hoitoa ja muita suoriutumiskykyä parantavia ja ylläpitäviä toimenpiteitä ja hoitoja, työterveyshuoltoa, lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja ja muuta terveyden- ja sairaanhoitoa sekä näihin rinnastettavia palveluja ja hierontaa. Laissa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta yksityisillä sosiaalipalveluilla tarkoitetaan yksityisen henkilön tai yhteisön tuottamia sosiaalihuoltolaissa säädettyjä sosiaalipalveluja.

Yksityisten palvelujen tuottaminen on paljolti luvanvaraista toimintaa. Yritykset, järjestöt ja yksityiset henkilöt, jotka ylläpitävät terveydenhuollon toimintayksikköä tai tuottavat ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja, tarvitsevat lääninhallitukselta toimintaluvan. Muita kuin ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja tuottavien on tehtävä ilmoitus sen kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle monijäseniselle toimielimelle, jossa palveluja annetaan²⁷. Vuoden 2006 alusta lähtien itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan terveydenhuollon ammattihenkilön on täytynyt tehdä ilmoitus toiminnastaan lääninhallitukselle²⁸. Lisäksi vuoden 2006 alusta lukien yksityisen palvelujen tuottajan on annettava vuosittain toimintakertomus lääninhallitukselle. Toimintakertomuksessa on ilmoitettava henkilöstön, toimitilojen ja toiminnan muutokset. Yksityiset terveyspalvelujen tuottajat

²⁷ L 691/2005 6 §

²⁸ L 689/2005 9 a §

joutuvat lisäksi ilmoittamaan myös terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen toimintatiedot.²⁹

Laeissa yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta ja yksityisestä terveydenhuollosta on säädetty, että toimintayksikön toimintaedellytysten on oltava asianmukaiset eli toimintayksikön henkilöstön, toimitilojen ja laitteiden on oltava toimintaan sopivat. Esimerkiksi henkilöstön on täytettävä samat kelpoisuudet, kuin kunnan tai kuntayhtymän henkilöstöltä vastaavissa tehtävissä vaaditaan. Lisäksi laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta on säädetty, että kun kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, sen on varmistuttava siitä, että hankitut palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta.

Työterveyshuoltolaki

Työterveyshuoltolain tavoitteena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää muun muassa työelämässä mukana olevien työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut hankkimalla ne kunnalliselta terveyskeskukselta, järjestämällä tarvitsemansa työterveyshuoltopalvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkimalla tarvitsemansa palvelut yksityiseltä työterveyspalveluja tarjoavalta toimintayksiköltä tai henkilöltä.

Työnantajan järjestämään työterveyshuoltoon kuuluu muiden muassa toimenpide-ehdotusten tekeminen tarvittaessa työn sopeuttamiseksi työntekijän edellytyksiin, työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi sekä toimenpide-ehdotusten seuranta. Työterveyshuolto sisältää myös vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seurannan ja edistämisen terveydelliset tekijät huomioon ottaen. Lisäksi työterveyshuollon velvollisuutena on antaa kuntoutusneuvontaa sekä ohjata hoitoon, lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen. Työterveydenhuoltolaisissa mainittujen työterveyshuoltoon kuuluvien palvelujen lisäksi työantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Yhteistyövelvoite koskee myös työterveyshuoltoa. Työterveyshuollon on tehtävä yhteistyötä muun terveydenhuollon, työhallinnon, opetushallinnon, sosiaalivakuutuksen ja sosiaalihuollon sekä työsuojeluviranomaisten edustajien kanssa. Lisäksi laissa säädetään, että työterveyshuollon on

²⁹ L 689/2005 10 §; L 603/1996 10 §

tarvittaessa tehtävä yhteistyötä myös yhteisen työpaikan työnantajien työterveyshuollon palveluntuottajien ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.

Lain mukaan työantajalla, yrittäjällä ja muulla omaa työtä tekevällä on oikeus saada korvausta työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista kustannuksista.

2.1.2 Mielenterveyspalveluiden ohjaus ja valvonta

Sosiaali- ja terveysministeriö

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriö ohjaa mielenterveystyötä lainsäädännöllä ja lähinnä informaatio-ohjauksen keinoin.

Viimeisten runsaan 15 vuoden aikana ministeriö on kehittänyt ja ohjannut mielenterveystyötä ja mielenterveyspalveluja erilaisilla kehittämissankkeilla, oppailla ja suosituksilla. Normi- ja resurssiohjauksen lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on ohjannut kuntien mielenterveystyötä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin myöntämällä valtionavustuksilla (siirtomääräraha 3 v) ja jakamalla valtionavustusta (kiinteä määräraha) lasten ja nuorten psykiatrisesta hoidosta ja kuntoutuksesta sekä kuntien mielenterveyspalveluiden kehittämisestä aiheutuviin kustannuksiin (ks. tarkemmin luku 3.4.2).

Lääninhallitukset

Mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat läänin alueella lääninhallitukselle. Valvira voi määrätä lääninhallituksen tarkastamaan kunnan, kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestämään mielenterveystyötä ja mielenterveyspalvelujen järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat vain perustellun syyn nojalla³⁰. Muun muassa yksityisten palvelujen tuottajien toimittamien toimintakertomusten avulla Valvira ja lääninhallitukset voivat tarkastaa, täyttyvätkö toimintaedellytyksiä ja toimintaa koskevat vaatimukset myös luvan myöntämisen jälkeen. Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien osalta lääninhallitus voi puolestaan pyytää kunnan sosiaalihuollosta vastaavaa toimielintä tarkastamaan toimintayksikön.

³⁰ L 671/2008; L 1258/2005

Jos mielenterveyspalvelujen järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia tai kunta, kuntayhtymä tai sairaanhoitopiiri on mielenterveyspalveluja järjestäessään tai toteuttaessaan menetellyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä, voi lääninhallitus kohdistaa kuntaan, kuntayhtymään tai sairaanhoitopiiriin sanktioita (huomautus vastaisuuden varalle, huomion kiinnittäminen, määräys, uhkasakko, toiminnan keskeyttäminen tai kieltäminen).³¹

Lääninhallitukselle voidaan tehdä kanteluja erilaisista toiminnoista esimerkiksi hallintopäätöksistä, tosiasiallisesta toiminnasta tai potilaan kohtelusta. Kantelun johdosta lääninhallitus voi tutkia, onko kunta toiminut olemassa olevien lakien mukaan³². Jos kantelu on pantu vireille useammassa viranomaisessa (Valvira, Eduskunnan oikeusasiamies tai oikeuskansleri), viranomaisneuvottelujen jälkeen kantelun käsitelijäksi tulee useimmiten lääninhallitus.

Valvontatehtävien lisäksi lääninhallitukselle kuuluu myös uusia laatusuosituksia, oppaita ja toimintaohjelmien koulutus ja ohjaus sekä peruspalvelujen alueellinen arviointi³³. Peruspalvelujen arviointi onkin ollut yksi lääninhallituksen keskeisistä lakisääteisistä tehtävistä³⁴. Lääninhallituksen tekemillä arvioinneilla on selvitetty peruspalvelujen saatavuutta ja tasoa läänin alueella. Arviointi on tukenut valtakunnallista kehittämistä, täydentänyt kuntien arviointia ja palvellut myös kuntia peruspalvelujen kehittämisessä. 2000-luvulla lääninhallitukset ovat arvioineet muun muassa mielenterveyspotilaiden asumispalveluita (2001) ja lasten ja nuorten psykososiaalisten palvelujen saatavuutta ja laatua (2007)³⁵. Aluehallinnon uudistamista³⁶ koskevassa hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden alueellinen arviointi on määritelty uusien aluehallintovirastojen tehtäväksi³⁷.

³¹ L 66/1972 42–44 §; L 1062/1989 51–53 §

³² L 365/1995 8 §

³³ *Nyt on voimassa vuoden 2008 alussa tehty tulossopimus kaudelle 2008–2011, johon on kirjattu täsmällisemmin tulostavoitteet vuodelle 2008.* [http://www.stm.fi/vastuualueet>sosiaaliturva ja rahoitus>talous- ja toiminta-suunnitelmat>tulossopimukset 2008](http://www.stm.fi/vastuualueet>sosiaaliturva_ja_rahoitus>talous- ja_toiminta-suunnitelmat>tulossopimukset_2008)

³⁴ L 22/1997

³⁵ <http://www.laanhallitus.fi/>

³⁶ *Aluehallinnon uudistamishanke (ALKU).*

³⁷ HE 59/2009. *Hallituksen esityksen mukaan kuuteen aluehallintovirastoon kootaan tehtäviä, joita nykyisin hoidetaan lääninhallituksissa, alueellisissa ympäristökeskuksissa, ympäristölupavirastoissa ja työsuojelupiirien työsuojelutoimistoissa. Tehtävät koskevat perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista, peruspalve-*

Lääninhallitusten rooli kehittämishankerahoituksen myöntämisessä on nyttemmin muuttunut. Uusissa lääninhallitusten ja ministeriön välisissä tulossopimuksissa on sovittu, että Kaste-ohjelman (2008–2011) valtionavustuspäätökset tekee sosiaali- ja terveysministeriö, ohjelman valtionavustuksen maksatus ja hankehallinnointi on keskitetty Länsi-Suomen lääninhallitukselle ja kukin lääninhallitus osallistuu alueellaan toteutettavien hankkeiden valvontaan.

Valvira

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus yhdistyivät vuoden 2009 alusta uudeksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoksi (Valviraksi) (L 669/2008). Valviralle kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön alaisena ohjata lääninhallitusten toimintaa, jotta lääninhallitusten toimintaperiaatteet, menettelytavat ja ratkaisukäytännöt ovat yhdenmukaisia mielenterveystyön, kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon ohjauksessa ja valvonnassa. Lääninhallitukset ovat ensisijaisesti vastuussa alueensa terveydenhuollon toimintojen ja toimintayksiköiden ohjauksesta ja valvonnasta sekä työterveydenhuollon toteutumisesta huolehtivien terveyskeskusten ja työterveyspalveluja tuottavien yksiköiden valvonnasta. Valviralla on vastaavat tarkastukseen ja toimenpiteisiin ryhtymismahdollisuudet kuin lääninhallituksilla. Valvira käsittelee erityisesti sellaiset terveydenhuollon kantelut, joissa epäillään kuolemaan tai pysyvään vammautuneisuuteen johtanutta hoitovirhettä ja oikeuslääkinnän toimintaa kuolemansyyn selvittämisessä. Muut terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa koskevat kantelut käsittelee yleensä lääninhallitus.³⁸ Valviran toimivalta laajenee 1.1.2010 koskemaan myös sosiaalihuoltoa³⁹.

lujen saatavuutta, ympäristönsuojelua, ympäristön kestäväää käyttöä, sisäistä turvallisuutta sekä terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä.

³⁸ L 125872005; L 669/2008

³⁹ Tieto saatu Valviralta 10.6.2009

2.2 Mielenterveyspalveluiden tarkastuskriteerit ja -kysymykset

Tarkastuskriteerien perusta

Tässä tarkastuksessa mielenterveyslainsäädännön toimivuutta arvioidaan kolmella tarkastuskriteerillä, joita ovat palveluiden avoimuus, yhteistyö ja ohjausvälineiden yhdenmukaisuus. Ensimmäisen tarkastuskriteerin perusta on mielenterveyslaissa, jossa tavoitteeksi on asetettu mielenterveyspalveluiden järjestäminen ensi sijassa avopalveluna (L 116/1990 4 § 2).

Toinen tarkastuskriteeri perustuu hallitusohjelmassa⁴⁰, hallituksen esityksessä kunta- ja palvelurakennemuutoksesta koskevaksi puitelaksi⁴¹ ja ehdotuksessa uudeksi terveydenhoitolaiksi linjattuun tavoitteeseen⁴². Nykyisessä hallitusohjelmassa on asetettu tavoitteeksi parantaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalihuollon saumattomia palveluketjuja. Tähän pyritään sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvällä yhteistyöllä, asiakaskeskeisillä palveluilla ja hyvillä toimintakäytännöillä. Sama tavoite ja sitä edistävät keinot on ilmaistu myös ehdotuksessa uudeksi terveydenhoitolaiksi. Paras-puitelakia koskevan hallituksen esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö on erityisen tärkeää mielenterveyspalvelujen turvaamisessa. Lisäksi työterveyshuoltolaissa⁴³ on asetettu tavoitteeksi hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti tehdä yhteistyötä muun muassa muun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon edustajien kanssa.

Kolmannen tarkastuskriteerin perusta löytyy nykyisestä hallitusohjelmasta ilmaistusta ohjausjärjestelmää koskevasta tavoitteesta: parannetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjausta. Tähän pyritään esimerkiksi palvelujen laatusuosituksen sitovuustasoa nostamalla ja palvelujen valvontaa tehostamalla.

⁴⁰ *Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma (2007)*

⁴¹ *HE 155/2006 vp*

⁴² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)*

⁴³ *L 1383/2001 12 §*

2.2.1 Mielenterveyspalveluiden riskialueet

Vaikka mielenterveyspalvelujen kenttää on viimeisten parin vuosikymmenen aikana muokattu⁴⁴, ei muutoksilla ole kyetty vähentämään mielenterveyteen liittyviä ongelmia, vaan ne ovat muuttuneet kesyistä ilkeiksi. Ongelmat ovat usein pitkäkestoisia, monisyisiä ja siten yhä vaikeammin sosiaali- ja terveystaloudilla ratkaistavissa⁴⁵.

Koska nykyisillä mielenterveyspalveluilla ohjanneilla laeilla ei ole kyetty saavuttamaan mielenterveystyölle asetettuja tavoitteita, herääkin kysymys siitä, onko lainsäädäntö toimiva. Kykeneekö se reagoimaan toimintaympäristössä tapahtuneisiin muutoksiin? Erilaisten selvitysten, tutkimusten ja esiselvityshaastattelujen perusteella mielenterveystyötä ohjaavaan lainsäädäntöön näyttää liittyvän sellaisia riskejä, jotka vaikeuttavat tavoitteiden saavuttamista. Seuraavassa esitellään tarkemmin riskejä, jotka liittyvät rahoituksen, ohjauksen ja toiminnan alueille. Tarkasteltavat riskit eivät ole erillisiä, vaan ne kietoutuvat osin toisiinsa.

Rahoitus

Pääministeri Matti Vanhasen molempien hallituskausien aikana mielenterveyspalveluihin on suunnattu runsaasti resursseja. Resurssien lisäämisellä ja erilaisten mielenterveysohjelmien ja -hankkeiden käynnistämällä ei kuitenkaan ole kyetty vähentämään mielenterveysongelmia, mielenterveydellisten syiden vuoksi sairauslomalla olevien määrää eikä myöskään ehkäisemään työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä.

Mielenterveyspalveluja rahoitetaan useasta eri lähteestä. Palveluja koskevien yksityiskohtaisempien kustannustietojen puuttuminen aiheuttaa sen, että kunnan on vaikeaa arvioida, mitkä ovat mielenterveyspalveluiden kokonaiskustannukset.

Mielenterveyspalvelujen ja hankkeiden rahoituksen koordinoinnista ei myöskään vastaa kukaan. Vaikka erilaisia mielenterveysohjelmia ja -hankkeita on rahoitettu huomattavasti, niiden onnistumisesta tiedetään vain vähän. Riskinä on, ettei mielenterveystyön rahoitusta, hankkeita ja ohjelmia koordinoita riittävästi, jolloin hankkeiden ja ohjelmien tuotokset eivät juuru osaksi mielenterveyspalveluja.

Yksi rahoitukseen liittyvä riski kohdistuu toiminnan asiakasvaikutuksiin. Monet yllätyksestä, elämän- tai työelämäkriisistä kärsivät eivät välttämättä ole vielä vakavasti sairaita. Heitä voitaisiin auttaa ehkä ke-

⁴⁴ Harjajärvi ym. (2006)

⁴⁵ Vrt. Möttönen & Niemelä (2005)

vyemmällä tukitoimilla, jolloin he eivät välttämättä tarvitsisi lainkaan sairauslomaa. Riskinä on kuitenkin se, että kevyempien tukitoimien puuttuessa, esimerkiksi lievää masennusta poteva ihminen, saatetaan laittaa liian pitkälle sairauslomalle.

Lainsäädännön ja informaation ohjaavuus

Mielenterveyslainsäädännön ohjauksen toimivuuteen liittyvät riskit kohdistavat huomion ohjausvälineiden (lainsäädäntö, informaatio-ohjaus) toimivuuteen, ohjauksen kohderyhmiin (julkinen ja yksityinen sektori) ja toiminnan kompleksisuuteen.

Erilaisissa selvityksissä⁴⁶ kuten myös esiselvitystä varten tehdyissä haastatteluissa⁴⁷ nousi selkeästi esille se, että erilaisista hankkeista ja suosituksista huolimatta runsas tieto-ohjaus ei ole kyennyt ratkaisemaan mielenterveystyössä havaittuja ongelmia. Riskinä on, että erilaiset suositukset jäävät suurelta osin retoriikaksi, juurtumatta lainkaan toimintakäytäntöihin.

Vuonna 2001 kunnille annettiin mielenterveystyön kokonaissuunnitelman laadintaa koskeva suositus. Vuoteen 2005 mennessä kuitenkin vain joka neljäs kunta oli ottanut käyttöönsä mielenterveystyön strategian tai ohjelman⁴⁸. Suunnitelman puuttuminen saattaa johtaa siihen, etteivät kunnalliset päättäjät pysty hahmottamaan mielenterveyspalveluiden kokonaisuutta. Riskinä on, että päättäjät eivät välttämättä tiedä, millaisia mielenterveyspalveluja ja palvelujentuottajia kunnassa on, millaisiin tarpeisiin palveluilla pyritään vastaamaan, millaisia eri palveluiden piirissä olevat asiakkaat ovat tai millainen on eri palvelujen saatavuus. Kokonaistilanteen hahmottomuuteen liittyy myös taloudellinen riski. Riskinä on, että kuntien sosiaali- ja terveystoimen budjetit tehdään väärin oletusten varaan, jolloin tapahtuu ali- tai ylibudjetointia.

Esiselvityshaastattelujen mukaan suosituksilla voidaan viedä eteenpäin helppoja asioita, mutta hankaliin ongelmiin ne eivät enää pure. Ne ovat hyödyllisiä työvälineitä, jotka toimivat ohjenuorina ja joilla voidaan painottaa asioita. Ongelmana on kuitenkin niiden suositusluonteisuus. Niiden noudattamatta jättämisestä ei seuraa sanktioita.⁴⁹ Jos suosituksia käytetään lainsäädännön tavoitteiden toteuttamisen välineinä, riskinä on, ettei tavoitteita saavuteta. Tieto-ohjauksen runsauteen liittyy myös riski siitä, että

⁴⁶ Esim. *Walhbeck (2007)*

⁴⁷ *Sosiaali- ja terveysministeriö, Mielenterveyden keskusliitto ja Terveystalo*

⁴⁸ *Harjajärvi ym. (2006)*

⁴⁹ *Esiselvityshaastattelu (2008)*

tärkeät suositukset ja ohjeet jäävät vähemmän merkityksellisempien suositusten ja ohjeiden varjoon tai jopa kokonaan havaitsematta.

Esiselvityshaastattelut osoittivat, että työterveyshuollossa yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita käytetään vain osittain. Yhdenvertaisen kohdellun näkökulmasta tähän liittyy kolme riskiä. Ihmisten hoidon tarvetta arvioidaan julkisella ja yksityisellä sektorilla erilaisin perustein⁵⁰. Työelämässä ja työelämän ulkopuolella olevia kohdellaan eriarvoisesti. Kolmas riski kohdentuu työelämässä oleviin.

Kolmas riski perustuu siihen, että työterveydenhuoltolain mukaan työnantajalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa, mutta sairaanhoitopalveluiden järjestäminen on vapaaehtoista. Esiselvityshaastatteluissa ilmeni, että yritysten välillä on suuria eroja sen suhteen, millaisia sairaanhoitopalveluja ne työntekijöilleen kustantavat. Haastateltujen mukaan Suomessa "surkea" työterveyshuolto on tavallisempaa kuin se, että työnantaja kustantaa työntekijöilleen kaikki sairaanhoitopalvelut.⁵¹ Riskinä on, että osa työterveyshuollon piirissä olevista saattaa samanaikaisesti kuormittaa myös terveyskeskuksia. Riskinä saattaa tällöin olla myös se, että kunnat eivät kykene arvioimaan alueensa mielenterveyspalveluiden tarvetta oikein.

Ohjauksen toimivuuteen vaikuttaa myös se, että kunnat järjestävät mielenterveyspalvelunsa nykyään hyvin eri tavalla. Merttu-hankkeen mukaan osa kunnista on esimerkiksi siirtänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalvelut joko kokonaan tai osittain erikoislääkärijohtoiseiin terveyskeskuksiin tai yhdistänyt mielenterveystyöhön liittyviä sosiaali- ja terveyspalveluyksiköitä. Erilaisten organisaatiorakenteiden ohella kunnat ovat voineet myös ulkoistaa mielenterveyspalveluitaan. Riskinä on, että mitä enemmän toimintaa hajautetaan monien eri palvelutuottajien kesken, sitä vähemmän olemassa olevat ohjeistukset riittävät⁵².

Myöskään mielenterveyttä ohjaava lainsäädäntö ei näytä ohjaavan kuntia ja sairaanhoitopiirejä riittävästi. Potilaslain (L 785/1992) ja asiakaslain (L 812/2000) mukaan asiakkaalle/potilaalle on tarvittaessa laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu suunnitelma. Esiselvityshaastattelujen mukaan keskimäärin vain joka toisella mielenterveyskuntoutujalla on jonkinlainen suunnitelma tai suunnitelmana käytetään psykiatrin kirjoittamaa B-lausuntoa tai normaalia lääkärinlausuntoa. Koska suunnitelmien laadinta perustuu yksilölliseen tarveharkintaan, riskinä on suunnitelmien sisällöllinen erilaisuus, joka johtuu asiakkaan asuinpaikkakunnan palvelutar-

⁵⁰ Vrt. Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008a)

⁵¹ Esiselvityshaastattelu (2008)

⁵² Esiselvityshaastattelu (2008)

jonnasta ja siitä, missä suunnitelma tehdään: terveydenhuollossa, sosiaali-
huollossa tai työterveydenhuollossa. Riskinä on myös se, ettei mielenter-
veyspotilaiden oikeus hyvään hoitoon toteudu.

Esiselvityshaastattelujen mukaan mielenterveys nähdään edelleen
enimmäkseen lääketieteellisenä asiana. Sen ajatellaan liittyvän psykiat-
riaan, vaikka mielenterveystyö on suurimmaksi osaksi psyykkistä toimin-
takykyä ja terveyttä tukevaa toimintaa. Tämän seurauksena esimerkiksi
asumiseen, tukityöllistymiseen, oikeuksien neuvontaan ja kuntoutukseen
liittyviä palveluja on vähän tai niitä ei ole ja yhteistyökumppaneilta puut-
tuu kokonaan kuntouttava ja työkykyä ylläpitävä näkökulma/työote. Työ-
terveydenhuollossa tämä näkyy esimerkiksi siten, että kun henkilö passite-
taan psykiatrin luo konsultaatioon, saattaakin käydä niin, että henkilö saa
lääkeresepin ja pitkän sairausloman. Tosiasiassa henkilö olisi saattanut
tarvita ehkä vain jonkinlaista psykososiaalista tukea. Tällöin riskinä on,
että lievästi ahdistuneen tai masentuneen henkilön avuntarpeeseen vasta-
taan toimenpiteillä, jotka saattavatkin johtaa tilanteen heikentymiseen.
Tämä vaikeuttaa puolestaan henkilön työhön paluuta ja saattaa edistää
työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä.

Toiminta

Jo vuodesta 1991 mielenterveyslain 5 § on velvoittanut sairaanhoitopiirejä
huolehtimaan yhdessä terveyskeskusten ja kuntien sosiaalitoimen kanssa
mielenterveyspalveluiden yhteen sovittamisesta. Kansanterveyslain 27
§:ssä on ilmaistu sairaanhoitopiirien ja kunnan peruspalveluita koskeva
yhteistyövelvoite. Myös Kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tule-
vaisuuden turvaamiseksi (2004–2007) asetettiin tavoitteeksi mielenter-
veystyön avopalveluiden, psykososiaalisten palveluiden ja päihdepalve-
luiden järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kol-
mannen ja yksityisen sektorin kanssa.⁵³ Kiintoisaa on kuitenkin se, että
palvelujärjestelmän rakennetta koskevien ongelmien katsotaan liittyvän
erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö-
hön ja työnjakoon⁵⁴, mutta esille ei nosteta julkisen ja yksityisen sektorin
välisessä yhteistyössä ja työnjaossa olevia mahdollisia ongelmia.

Kansallisessa terveydenhuoltohankkeessa pyrittiin kehittämään perus-
terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä muun muassa alueel-
listen hoito-ohjelmien avulla. Työikäisten mielenterveysongelmien ehkäi-
missä ja hoidossa korostetaan nykyään yhä painokkaammin eri tahojen vä-

⁵³ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002)*

⁵⁴ *Emt.*

listä yhteistyötä, mutta esiselvityshaastatteluissa ilmeni, että työterveys- huolto ei ollut osallistunut esimerkiksi hoitoketjujen laadintaan. Työter- veyshuollon mutta myös erilaisten järjestöjen jättäminen hoitoketjujen muodostamisprosessin ulkopuolelle ei edistä saumattomien hoito- ja pal- veluketjujen muodostamista.

Toisaalta jos julkisella puolella ei ole riittävästi tietoa järjestöjen ja työ- terveyshuollon tarjoamista palveluista, riskinä on, ettei työterveyshuollon resursseja osata hyödyntää suunniteltaessa potilaan jatkohoitoa. Riskinä on myös se, että työntekijöiden terveyden- ja sairaanhoidon ajatellaan ole- van kunnossa, koska he kuuluvat lakisääteisen työterveyshuollon piiriin. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole, koska työterveyshuollon sopimukset ovat sisällöltään erilaisia.

Mielenterveyspotilaiden siirtäminen erikoissairaanhoidosta erilaisiin avohoidon palveluihin lisää myös paineita perusterveydenhuollon ja eri- koissairaanhoidon sekä kolmannen sektorin yhteistyölle. Jos eri sektorei- den välistä työnjakoa ei ole selkeästi määritelty, riskinä on, että mielenter- veyspotilaiden siirtäminen jatkohoitoon ei onnistu tai kuntoutumisajan seuranta epäonnistuu.

Työterveyshuollon palvelujen ohella ihminen voi tarvita myös julkisen sektorin terveystalveta tai sosiaalipalveluja. Jos julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö ei toimi, riskinä on, että mielenterveysongelmainen henkilö kuormittaa kaikkia sektoreita. Lisäksi riskinä on myös se, ettei kenelläkään ole käsitystä mielenterveysongelmaisen henkilön kokonaisti- lanteesta.

Esiselvityshaastattelujen mukaan työterveydenhuollon yhteistyö perus- terveydenhuollon kanssa on vähäistä ja sosiaalitoimen kanssa lähes ole- matonta. Sosiaalitoimen kanssa tehtävän yhteistyön vähäisyyden katsottiin johtuvan siitä, että työterveyshuollon asiakkailta on työpaikka, jolloin he eivät yleensä tarvitse sosiaalipalveluja. Koska työterveyshuollon tavoit- teena on yksinomaan ylläpitää ja edistää työntekijän työ- ja toimintaky- kyä, riskinä on, että he hahmottavat työntekijän tilannetta irrallaan hänen muusta elämäntilanteestaan.

2.2.2 Tarkastuskysymykset

Tarkastuksessa on selvitetty sitä, miten mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö käytännössä toimii. Tarkastuksen pääkysymykseen, *ohjaa- vatko ohjauvälineet mielenterveyspalveluiden toteuttamista asianmukai- sesti*, on pyritty löytämään vastaukset tarkastelemalla julkisen vallan käy- tössä olevien ohjauvälineiden toimivuutta. Tarkastuksen pääkysymys on jaoteltu mielenterveyspalveluihin liittyvien riskialueiden mukaisesti kol-

meen tarkastuskysymykseen, jotka sisältävät yksityiskohtaisempia kysymyksiä. Yksityiskohtaisemmat kysymykset on muotoiltu riskialueisiin sisältyvistä riskeistä (luku 2.2.1).

Miten erilaiset mielenterveyspalveluiden organisointitavat ottavat huomioon sosiaali- ja terveystieteelliset tavoitteet?

Tarkastuskysymyksellä selvitetään kuntien erilaisia mielenterveyspalveluiden organisointitapoja. Tarkoituksena on tutkia erityisesti sitä, miten erilaisissa organisointimalleissa on otettu huomioon lainsäädännön sosiaali- ja terveystieteille asettamista tavoitteista palveluiden järjestäminen avopalveluina ja toiminnallisena kokonaisuutena.

1. Onko kunnan taloudellisella tilanteella vaikutusta mielenterveyspalvelujen järjestämiseen?
2. Millaisiin toimintoihin mielenterveystyön rahoitusta on ohjattu?
3. Miten aikuisväestön mielenterveyshuollon menot asukasta kohti ovat kehittyneet 2000-luvulla?
4. Onko käytössä olevalla mielenterveyspalveluiden organisointimallilla kyetty edistämään palveluiden saatavuutta?
5. Miten nykyinen työterveyslaki ottaa huomioon työterveydenhuollolle asetetut tavoitteet mielenterveysongelmien varhaisesta havaitsemisesta ja masennuksen ehkäisemisestä?

Miten mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö ja informaatio-ohjaus toimivat?

Tällä tarkastuskysymyksellä selvitetään kahta asiaa: Ensinnäkin sitä, miten kunnat ja työterveyshuolto toteuttavat lainsäädännön asettamia tavoitteita. Toiseksi sitä, kykenevätkö nykyiset ohjausvälineet ottamaan riittävästi huomioon toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset, kuten toimijoiden lisääntymisen, ihmisten uudenlaiset tarpeet, huomion kohdistamisen sairaista koko väestöön, erilaiset palveluiden organisointitavat jne.

1. Toimiiko informaatio-ohjaus mielenterveyspalveluissa?
2. Ottaako mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö huomioon kuntien erilaiset tavat järjestää mielenterveyspalveluita?
3. Ohjaako korvausjärjestelmä mielenterveyspalveluiden tarjontaa ja työterveydenhuollon sopimusten sisältöjä?

Miten mielenterveyspalveluissa eri toimijoiden välinen yhteistyö toimii?

Tarkastuskysymyksellä selvitetään sitä, miten kunnissa ja työterveyshuollossa tavoite saumattomista palveluketjuista toteutuu. Tarkastuksessa saumattomasti toimivilla palveluketjuilla tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelut muodostavat palvelukokonaisuuden, jonka sisällä asiakas siirtyy joustavasti hoitopaikasta tai palvelusta toiseen. Palvelukokonaisuuden edellytyksenä on, että julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon välinen työnjako ja yhteistyö toimivat. Seuraavilla alakysymyksillä tarkennetaan erikoissairaanhoidossa, terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa toimivien henkilöiden välisiä yhteistyömuotoja, työnjakoa ja heidän käsityksiään yhteistyöhön liittyvistä ongelmista.

1. Millaisia ongelmia eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön liittyy?
2. Miten asiakasta koskeva tieto välittyy palveluketjussa?
3. Miten jatkohoito on organisoitu?
4. Millaisia vaikutuksia uudennaisilla palveluiden tuottamistavoilla on ollut yksityisten palveluntuottajien ja julkisen sektorin väliseen yhteistyöhön?

Tarkastuksessa mielenterveyspalvelujen ohjausvälineiden tulkitaan toimivan asianmukaisesti, jos palvelurakenne on avohuoltopainotteinen ja tarjolla on monipuolisia avopalveluja, jos yhteistyö eri toimintasektoreiden ja ammattilaisten välillä on joustavaa ja saumatonta sekä jos ohjausvälineet tukevat toisiaan.

Tarkastuksen rajaukset

Tarkastuskertomuksessa mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta on tutkittu perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa ja työterveyshuollossa. Asiaa on selvitetty työikäisen väestön näkökulmasta. Tarkastuksessa päähuomio on ollut avopalveluiden organisoinnissa, ei niinkään yksittäisessä palvelussa. Tarkastuksen ulkopuolelle on rajattu kuntoutus, laitoshoidon, sairaanhoitopiirin järjestämä psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon palvelut ja sosiaaliturvaetudet.

Tarkastuksen ulkopuolelle on rajattu myös yksityinen sektori lukuun ottamatta työterveyshuoltoa, koska mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kunnalle. Tarkastuksen kohdentaminen vain kuntasektoriin on perustunut myös siihen, että tarkastuksessa on haluttu selvittää sitä, miten kunnat ovat soveltaneet sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta antaman lain mahdollisuuks-

sia palveluiden organisoimisessa. Lisäksi kohdentamista on puoltanut Paras-puitelaki (L 169/2007), joka velvoitti kunnat laatimaan toimeenpanosuunnitelman siitä, miten ne aikovat jatkossa järjestää sosiaali- ja terveyspalvelunsa. Tarkastuksessa yksityisen sektorin roolia mielenterveyspalveluissa on kuitenkin käsitelty palveluasumisyksiköiden yhteydessä. Lisäksi ulkopuolelle on rajattu myös mielenterveysasiakkaiden näkemykset mielenterveyspalveluiden tilasta.

Tarkastuksessa ei ole otettu kantaa siihen, mitkä ovat olleet eri tavoin organisoitujen mielenterveyspalveluiden kustannukset. Tarkastuksessa ei ole otettu myöskään kantaa siihen, onko eri tavoin organisoiduilla palveluilla ollut vaikutusta palvelujen saatavuuteen. Kantaa ei ole otettu myöskään siihen, onko mielenterveyspalveluiden toteuttamisessa jokin organisointi- tai toimintatapa ollut muita tapoja parempi tai huonompi.

2.2.3 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuskuntien valintaa ohjasivat tarkastukselle asetetut tavoitteet. Valituissa kahdeksassa kunnassa sosiaali- ja terveyspalvelut organisoitiin ja tuotettiin mahdollisimman eri tavoin: ostopalveluna, sosiaali- ja terveyspiirissä, terveyspiirissä, kuntayhtymässä, kunnan omana toimintana tai tilaaja-tuottajamallilla. Tarkastuskunnat sijaitsivat eri puolilla Suomea. Ne kuuluvat kuuteen eri sairaanhoitopiiriin ja niiden väestöstä 16–64-vuotiaiden osuus oli 65 prosenttia⁵⁵.

Työterveyshuollon kahdeksan yksikköä valittiin työterveyspalvelujen järjestämistavan mukaan. Työnantaja ostaa työterveyspalvelut terveyskeskukselta, järjestää ne itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai ostaa ne lääkärikeskukselta. Jokaista järjestämistapaa edustamaan valittiin kaksi työterveysyksikköä.

Tarkastuksen pääasiallisena aineistona on käytetty haastatteluja, virallisia asiakirja-aineistoja, kyselyjä ja tilastoja. Näiden lisäksi tausta-aineistona on hyödynnetty aihepiiriin liittyviä tutkimuksia, selvityksiä, oppaita ja suosituksia.

Haastatteluaineisto kerättiin syksyllä 2008 ja viimeiset *tarkastushaastattelut* suoritettiin maaliskuussa 2009. Kunta-aineisto kerättiin lähettämällä haastattelupyynnö kunnan psykiatrisesta vastuualueesta vastaavalle johtavalle lääkärille, sosiaalitoimesta vastaavalle johtajalle tai vastaaville henkilöille, jos kunnan palvelut tuotettiin sosiaali- ja terveyspiirissä, terveyspiirissä tai kuntayhtymässä. Henkilöä pyydettiin kokoamaan mielenter-

⁵⁵ <http://www.iivari.eduskunta.fi>> Altika-tilastotietokanta

veysongelmaisten kanssa käytännön työtä tekevästä ammattilaisista joukko ryhmähaastattelua varten.

Perusterveydenhuollossa haastattelupyynnö osoitettiin avomielenterveyspalveluista vastaavalle johtajalle, ja hän valitsi haastatteluun osallistuvan terveystieteiden lääkärin.

Työterveyshuollon haastattelupyynnö kohdennettiin valitun työterveysyksikön johtajalle. Hänelle esitettiin myös toive, että haastattelutilanteeseen osallistuisivat mahdollisuuksien mukaan myös työterveydenhoitaja ja/tai työpsykologi.

Valtakunnantason asiantuntijoina haastateltiin lääninpsykiatreja ja Valviran edustajia. Lääninpsykiatreilta etsittiin tietoa mielenterveyteen liittyvistä ongelmista ja painopistealueista. Valviran edustajilta saatiin tietoa Valviran ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen välisten yhteistyöryhmien toiminnasta.

Haastatteluja tehtiin yhteensä 30, ja haastateltuja oli kaikkiaan 54. Haastatteluista Valviran haastattelut sekä kunta- ja työterveyshaastattelut olivat ryhmähaastatteluja, ja lääninpsykiatrien ja terveystieteiden lääkärin haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Kuntahaastatteluista vain kahdessa sosiaali- ja terveystoimen edustajat olivat samanaikaisesti läsnä. Muissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimen edustajia haastateltiin erikseen.

Haastatelluille lähetettiin kysymykset etukäteen. Kysymykset vaihtelivat haastattelukohteen mukaan. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Kyselyllä kerättiin tietoa kuntien ostopalveluja koskevista hankintakäytännöistä. Kysely kohdennettiin mielenterveyspalveluiden hankinnasta vastaavalle henkilölle. Kyselyn vastausprosentti oli 75.

Virallisina *asiakirja-aineistoina* on käytetty keskeisimpiä mielenterveyspalveluiden järjestämistä koskevia lakeja, asetuksia ja hallituksen esityksiä. Lisäksi aineistona on käytetty kuntien tekemiä Paras-puitelain edellyttämiä toimeenpanosuunnitelmia sekä sairaanhoitopiirien laatimia järjestämissuunnitelmia.

Tilasto-aineistoina on käytetty erilaisia rekistereitä ja tilastoja. Valviran hallinnoimasta YSTERI-rekisteristä saatiin yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköiden lupatietoja vuodelta 2008. Kansaneläkelaitoksen rekistereistä käytettiin vuotta 2007 koskevia kuntoutus-, lääkekorvaus-, ammatti-, sairausvakuutus- ja työkyvyttömyyseläketietoja. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisteristä (HILMO) hyödynnettiin psykiatrian sairaalahoitopäiviä ja hoitajaksoja koskevia tietoja vuodelta 2007. Indikaattoripankki SOTKANetistä käytettiin kuntakohtaisia tietoja erityiskorvattavien lääkkeiden käytöstä ja mielenterveyssyistä johtuvia avohoidon hoitokäyntejä. Mielenterveydellisten syiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä koskevat tiedot saatiin Eläketurvakeskuksen työkyvyttömyysrekisteristä. Psykiatrian avo- ja laitoshoidon

menoja kuvaavina tietoina käytettiin Kuntaliiton keräämiä tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon menoista suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa ajanjaksolta 2000–2007. Psykiatrian erikoislääkäreiden määriä koskevinä tietoina hyödynnettiin Suomen Lääkäriliiton vuosittain keräämiä tilastoja.

Tarkastuskertomuksesta pyydettiin ja saatiin palautteet sosiaali- ja terveysministeriöltä ja Valviralta. Saadut palautteet on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

Tarkastuksen ovat tehneet johtava tuloksellisuustarkastaja Taina Rintala ja ylitarkastaja Nina Martikka. Tarkastusta on ohjannut tuloksellisuustarkastuspäällikkö Armi Jämsä.

3 Tarkastushavainnot

3.1 Keskeiset mielenterveyspalveluja ohjaavat lait

3.1.1 Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (Paras)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on ollut viimeiset vuosikymmenet muutosten pyörteissä. Muutoksiin on yritetty vastata laajentamalla ohjauskeinoja. Normi- ja resurssiohjausta on supistettu, ja korvavaksi ohjausvälineeksi on noussut informaatio-ohjaus. Informaatio-ohjauksella kuntia on yritetty saada vapaaehtoisesti muuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteitaan ja vallitsevia toimintakäytäntöjään, jotta ne kykenisivät vastaamaan paremmin esimerkiksi väestön ikääntymisestä ja budjetirajoitteista seuraaviin haasteisiin. Valtion näkökulmasta suositukset ja hyvien käytäntöjen levittäminen eivät ole kuitenkaan toimineet toivotulla tavalla. Kunnat eivät ole riittävän tehokkaasti organisoineet uudelleen palvelurakenteitaan, ottaneet käyttöönsä uusia toimintatapoja eivätkä lisänneet keskinäistä yhteistyötään palveluiden seudulliseksi järjestämiseksi. Sen sijaan alueellinen eriarvoisuus palveluiden saannissa on lisääntynyt, ja osassa kuntia sosiaali- ja terveysmenot ovat jatkaneet kasvuaan. Koska palvelujärjestelmän muokkaaminen ei onnistunut vapaaehtoisesti, turvautui valtio käytettävissä oleviin normi- ja resurssiohjauksen keinoihin. Sisäasiainministeriö asetti kunta- ja palvelurakenneuudistusta (Paras) koskevan hankkeen ajalle 11.5.2005–20.9.2006. Työryhmän tehtäväksi annettiin valmistella hankkeen toteutuksen kannalta keskeiset ja välttämättömät kuntien palveluiden järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvät normatiiviset ja lainsäädännölliset muutokset sekä kuntajakoa ja kuntajaon muuttamista koskevat muutokset.⁵⁶ Kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskeva lainsäädäntö (L 169/2007) tuli voimaan helmikuussa 2007.

Paras-hankkeessa on siten kysymys palveluiden ja kuntakentän uudelleen organisoinnista. Kuntarakenteen vahvistamiskeinoksi on siinä määriteltä kuntaliitokset ja yhteistoiminta-alueet. Palvelurakenteen vahvistamiskeinoiksi on puolestaan määriteltä kuntien yhteistoiminnan lisääminen

⁵⁶ SM043:00/2005

ja laajaa väestöpohjaa edellyttävien palveluiden kokoaminen kuntayhtymiin.⁵⁷ Lain 5 pykälän mukaan kuntien tai yhteistoiminta-alueiden on järjestettävä perusterveydenhuollon palvelut ja siihen kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjalle. Tämänsuuntaista ehdotettiin jo kansallisessa hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi vuonna 2002. Palvelurakenteiden uudistamista koskevassa suosituksessa esitettiin, että sellaiset sosiaali- ja terveystalvet, joiden järjestäminen edellyttää laajaa väestöpohjaa, tuotetaan seudullisena yhteistyönä.⁵⁸ Tämä on merkinnyt kuntaliitosaaltoa, ja sen seurauksena Suomen kuntakartalta hävisi 67 kuntaa vuoden 2009 alussa⁵⁹.

Vaikka laissa puhutaan kunta- ja palvelurakennemuutuksesta, näyttää siltä, että uudistuksen alkuvaiheessa⁶⁰ on keskitytty erityisesti vähentämään kuntien määrää. Osa haastatelluista tarkastuskuntien edustajista kokikin, että Paras-hanke "kuntaliitospeikkoineen" pysäytti hyvän seudullisen yhteistyön ja sen kehittämisen⁶¹.

Keskittyminen lähinnä kuntaliitoksiin näkyy siinä, että palvelurakennemuutustusta koskevat asiat on hallituksen esityksessä ja puitelaisissa kirjoitettu hyvin ympäröivästi. Laissa ei ole määritelty täsmällisesti, mitkä sosiaalitoimen tehtävistä liittyvät kiinteästi perusterveydenhuoltoon ja ovat siten sellaisia, jotka on järjestettävä noin 20 000 asukkaan väestöpohjalle. Hallituksen esityksessä asiaa käsiteltiin hyvin pintapuolisesti. Esityksessä ilmaistaan vain ne toiminta-alueet, joilla perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyön nähdään olevan tärkeää. Esimerkkeinä esitetään ikääntyvien palvelut, mielenterveystyö, päihdehuolto sekä lasten ja nuorten palvelut.⁶² Näin ilmaistuna hallituksen esitykseen kirjatut palvelut kattavat lähes koko sosiaalitoimen⁶³. Hallituksen esityksessä mainitaan myös, että mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys on järjestettävä seudullisena ja toiminnallisena kokonaisuutena⁶⁴. Sama asia ilmaistiin viisi vuotta aikaisemmin suositusluonteisena kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden

⁵⁷ L 169/2007 4 §

⁵⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002)*

⁵⁹ <http://www.kunnat.net.fi>

⁶⁰ *Hanke kestää vuoteen 2012*

⁶¹ *Vrt. Valtiovarainministeriö (2009)*

⁶² *HE 155/2006 vp.*

⁶³ *Lakiehdotuksiin sisältyvien käsitteiden määrittelemättömyyteen tai täsmentämättömyyteen on kiinnittänyt huomiota myös eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio terveydenhuoltolakityöryhmän mietinnöstä antamassaan lausunnossa.*

⁶⁴ *Emt.*

turvaamiseksi työryhmän muistiossa. Hallituksen esityksessä eikä tuossa muistiossa ole kuitenkaan täsmällisemmin määritelty, mitä mielenterveys-työn avopalveluilla tarkoitetaan.

Kunta- ja palvelurakennemuutoslaki velvoitti kunnat antamaan valtioneuvostolle 31.8.2007 mennessä selvityksensä siitä, miten ne aikovat järjestää (yhteistoiminta-alue, kuntaliitos, nykyisellään) sosiaali- ja terveyspalvelunsa sekä miten ne aikovat panna täytäntöön uudistuksen (toimeenpanosuunnitelma)⁶⁵. Tarkastuskuntien toimeenpanosuunnitelmien mukaan kolme kunnista aikoi järjestää perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelukokonaisuudet edelleen toiminnallisena kokonaisuutena, joskin yksi kunnista ilmoitti jättävänsä toiminnallisen kokonaisuuden ulkopuolelle päivähoidon. Kolme tarkastuskuntaa eivät vastanneet kysymyksen lainkaan. Yksi tarkastuskunta ilmoitti perusterveydenhuollon ja niihin liittyvien sosiaalitoimen palveluiden järjestämistavan olevan valmistelussa. Samoin yksi tarkastuskunta ilmoitti järjestävänsä perusterveydenhuollon palvelut yhteistoiminta-alueella ja niihin liittyvät "sosiaalipalvelut luottamushenkilöelinten tiiviillä yhteistyöllä tilaaja-tuottajatoiminnassa ja palvelutoiminnassa".⁶⁶

Kunnat eivät ole toimeenpanosuunnitelmissaan antaneet yksityiskohtaisia tietoja palveluista vaan ovat käsitelleet niitä hyvin abstraktilla tasolla, esimerkiksi "kaikki sosiaalitoimen palvelut", "sosiaalipalvelut" tai "mielenterveystyö". Toimeenpanosuunnitelmissa ei ole esitetty palveluiden kehittämistä⁶⁷ tai ylipäänsä pohdittu sitä, miten ne vastaisuudessa järjestetään nykyistä suuremmalle väestöpohjalle. Suunnitelmissa on mietitty lähinnä, mitä hallinto tekee⁶⁸.

Palvelurakenteen kehittämistä koskevien asioiden jääminen kuntaliitosten jalkoihin nousi esille myös muutamassa kuntahaastattelussa. Yhdessä kunnassa erikoissairaanhoidon avomielenterveyspalveluiden järjestämisiongelmat oli tietoisesti siirretty uuden kunnan ratkaistavaksi. Toisessa kunnassa oltiin aloittamassa selvitystä siitä, millaisia mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja uudessa kunnassa oli. Kolmannessa kunnassa erikoissairaanhoidon avomielenterveyspalveluiden järjestäminen aiempaa suuremmalle väestöpohjalle ratkaistiin väliaikaisesti siten, että kuntaan

⁶⁵ L 169/2007 10 §. *Jos kunta oli päättänyt toteuttaa kuntajaon muutoksen vuoden 2009 alusta, kunnan tuli antaa selvitys palvelujen järjestämisestä valtioneuvostolle vuoden 2007 loppuun mennessä.*

⁶⁶ *Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevat asiakirjat*

⁶⁷ *Vrt. Valtiovarainministeriö (2008)*

⁶⁸ *Puhelinkeskustelu sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehen kanssa 25.8.2008; vrt. Valtiovarainministeriö (2009)*

liittyneiden "uusien kuntalaisten" erikoissairaanhoidon avopalvelut järjestää sairaanhoitopiiri ja vastaavat palvelut muille kuntalaisille järjestää kunta. Ratkaisuun päädyttiin, koska kunnalla ei ole riittävästi voimavaroja hoitaa uusia kuntalaisiaan⁶⁹.

Valtionvarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto laittoivat helmikuussa 2009 kuntiin kyselyn, jossa pyritään selvittämään muun muassa sitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistaminen on edennyt ja mitä hyötyjä tai haasteita Paras-uudistus on tuonut. Kyselyn avulla pyritään löytämään myös hyviä käytäntöjä ja esimerkkejä siitä, miten kunnat ovat ratkaisseet sosiaali- ja terveydenhuollon haasteita. Selvitys on osa Paras-uudistuksen etenemisen seurantaa ja sen antamia tietoja käytetään valtioneuvoston eduskunnalle syysistuntokaudella 2009 annettavan kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan selonteon pohjana.⁷⁰

3.1.2 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslain tavoitteet

Haastateltujen lääninhallitusten, Valviran ja kuntien edustajien mukaan nykyinen lainsäädäntö on puutteellinen ja se on kirjoitettu liian väljästi. Väljyys ilmenee ensinnäkin siinä, että mielenterveyslain tavoitteet⁷¹, tavoitteita edistävät mielenterveyspalvelut ja niitä koskevat määritelmät⁷² sekä palveluita koskevat järjestämis- ja tuottamistavat⁷³ on kirjoitettu eri lakeihin.

Toiseksi väljyys näkyy lain tavoitteiden esittämisessä. Vaikka lain tavoitteena on ihmisten psyykkisen toimintakyvyn, terveyden ja persoonallisuuden edistäminen sekä sairauksien ja häiriöiden ehkäisy ja hoito (1 §), niin saman pykälän toisessa momentissa mielenterveyspalveluiden kohdeyhmäksi määritellään sairast tai mielenterveyshäiriöitä potevat ihmiset. Tällöin laki itse asiassa korostaa jo puhjenneiden sairauksien ja oireiden hoitoa (parantamista ja lievittämistä) eikä niinkään niiden ennaltaehkäisyä. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö jää tarkemmin määrittelemättä.

⁶⁹ *Tarkastushaastattelu*

⁷⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2009b)*

⁷¹ *L 1116/1990*

⁷² *L 66/1972; L 1062/1989; L 710/1982; L 380/1987; L 1224/2004; L 566/2005*

⁷³ *L 1309/2003; L 152/1990; L 603/1996*

Laki korostaa mielenterveyspalveluiden järjestämistä ensisijaisesti avopalveluina (4 §), mutta valtaosa mielenterveyslain pykälistä käsittelee psykiatrista laitoshoidoa ja tahdon vastaista hoitoa. Haastateltujen mukaan nykyinen mielenterveyslaki on "pakkotoimien säätelylaki", eikä ehkäisyä ja vapaaehtoisuutta korostava laki.

Sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvä palveluasuminen

Tarkastushaastatteluissa selkeimmäksi nykyistä lakia koskevaksi puuteeksi nousivat palveluasumiseen liittyvät kysymykset. Nykyisen mielenterveyslain tullessa voimaan mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin ja kunnalliset sairaalat, mielenterveystoimistot ja muut toimintayksiköt siirtyivät sairaanhoidopiiriin kuntainliiton hallintaan ja omistukseen⁷⁴. Uudistuksen seurauksena B-mielisairaalat lakkautettiin ja osa laitoshoidosta siirrettiin järjestettäväksi yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla. Samalla mielenterveyspotilaiden asuttaminen, joka mielisairaslain aikana oli ollut osa julkisen psykiatrisen hoitojärjestelmän jälkihuollollista toimintaa⁷⁵, siirtyi kuntien sosiaalitoimen vastuulle. Sosiaalitoimen vastuulle siirtyi siten samanaikaisesti kahden palvelutarpeiltaan erilaisen (kuntoutus ja hoiva) potilasryhmän asumispalveluiden järjestäminen.

Käytännössä kunnat ovat ratkaisseet näiden kahden potilasryhmän asuttamisjärjestelyt siten, että erillisten kuntouttavien asumispalveluyksiköiden sijasta on perustettu "avohuollollisia laitoksia" eli asumispalveluyksiköitä, joissa annetaan myös kuntouttavia palveluja. Valtaosa haastateltujen lääninhallitusten ja kuntien edustajista katsoi, että asumispalveluyksiköistä on muodostunut lakkautettujen B-mielisairaaloiden tyyppisiä laitoksia. Tarkastuksen piiriin kuuluneista kahdeksasta kunnasta vain yhdessä mielenterveyspotilaiden asumispalvelut oli jaettu terveydenhuollon vastuulla oleviin kuntouttaviin asumispalveluihin ja sosiaalihuollon vastuulla oleviin muihin asumispalveluihin.

Vaikka mielenterveyslaissa tuki- ja palveluasuminen määritellään osaksi mielisairautta tai muuta mielenterveyden häiriöitä potevan ihmisen lääkinnällistä ja sosiaalista kuntoutusta (5 §), haastateltujen mukaan pulmalista on, ettei mielenterveyspalveluja ohjaava lainsäädäntö tunne lainkaan käsitettä *tehostettu palveluasuminen*. Kuitenkin esimerkiksi yksityisiä sosiaalipalvelujen tuottajia ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluja koskevissa tilastoissa⁷⁶ asumispalveluyksiöiden asiakasmäärät on tilastoitu

⁷⁴ L 1063/1989. Laki tuli voimaan 1.1.1991

⁷⁵ Salo & Kallinen (2007)

⁷⁶ Stakes (2008b); (2008c)

kahteen luokkaan sen mukaan, onko psykiatrian asumispalveluyksikössä ympärivuorokautista hoitoa vai ei⁷⁷. Osassa tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköihin sijoittamisessa oli jo sovellettu kaksiportaista asumispalvelujärjestelmää ja muutamassa kunnassa järjestelmään siirtyminen oli kehitteillä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt korjaamaan lain "jälkijättöisyyttä" antamalla vuonna 2007 "Asumista ja kuntoutusta – mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen". Suosituksen mukaan tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan yhteisöllistä asumista sellaisissa ryhmäasunnoissa, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden⁷⁸. Tilastokeskuksen käyttämän TOL-2002-toimialaluokituksen mukaan, jota esimerkiksi Stakes (nyk. THL⁷⁹) on käyttänyt yksityistä palvelutuotantoa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa tilastoissaan⁸⁰, tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan palvelutaloja, joissa asukkailla on käytössään omat huoneistot ja henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Samassa yksityistä palvelutuotantoa koskevassa tilastossa ympärivuorokautiset ryhmäkodit on määritelty muun muassa mielenterveysasiakkaille tarkoitetuiksi ryhmäasumiseen perustuviksi asumispalveluiksi, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukainen määritelmä tehostetusta palveluasumisesta vastaa siten yksityisiä palvelutuottajia koskevassa tilastossa ympärivuorokautisten ryhmäkotien määritelmää mutta ei tehostetun palveluasumisen määritelmää.

Mielenterveyslain viidennessä pykälässä käsitellään mielenterveyspalveluiden yhteen sovittamista. Siinä lääkinälliseen tai sosiaalisen kuntoutukseen liittyvä tuki- ja palveluasumisen järjestäminen määritellään sosiaalitoimen tehtäväksi. Kirjaimellisesti tulkiten pykälässä ei ole kuitenkaan yksinomaan kysymys kahdella eri hallinnonalalla järjestettävien palveluiden toisiaan tukevasta toiminnasta vaan myös siitä, että tuki- ja palveluasuminen määritellään yhdeksi kuntoutumiskeinoksi. Tällöin myös tuki- ja palveluasumisella on tavoitteena potilaan kuntouttaminen. Palveluasumisessa on siten kysymys "laadukkaan"⁸¹ asumisen ohella myös mitä

⁷⁷ *Henkilökunta on yksikössä paikalla yöllä tai henkilökunta ei ole yksikössä paikalla yöllä.*

⁷⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)*

⁷⁹ *Kansanterveyslaitos ja Stakes yhdistyivät 1.1.2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi.*

⁸⁰ *Esim. Stakes (2005a); (2007a)*

⁸¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö asumista ja kuntoutusta koskevan kehittämissuosituksen mukaan laadukkaan asumisen osoittimina pidetään asumisyksiköissä*

suurimmassa määrin asumisyksikössä tarjottavien palveluiden laadusta, määrästä ja vaikuttavuudesta.

Jos mielenterveystyön viidettä pykälää noudatettaisiin kirjaimellisesti, niin silloin palveluasumisyksiköissä tarjottavien palveluiden tulisi erikoissairaanhoidossa annettujen varsinaisten hoitotoimenpiteiden jälkeen saattaa vajaakuntoinen henkilö fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti mahdollisimman hyvään kuntoon. Kuntoutumiseen on siten sisällytettävissä ajatus ns. stepeistä, jotka asumisen ja kuntoutumisen kehittämissuosituksessa ilmenevät asumispalveluiden kolmiportaisena luokitteluna: tukiasuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen⁸². Potilas siirtyy yhdeltä portaalta toiselle vointinsa tai kuntonsa mukaisesti: sairaalasta tehostettuun palveluasumiseen, tehostetusta palveluasumisesta palveluasumiseen, palveluasumisesta tuettuun asumiseen ja tuetusta asumisesta mahdollisesti omaan tai vuokrattuun asuntoon⁸³. Kuntahaastattelujen perusteella tämä ajatus ei mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa kuitenkaan toimi. Haastateltavien mukaan osa potilaista oli asunut samassa asumisyksikössä jopa 12 vuotta eli asumisyksiköstä oli muodostunut näille henkilöille koti.

Haastatteluissa ilmeni myös, että potilaan asumispalveluyksikköön sijoittamista ohjaa usein enemmänkin se, mistä vaikeimmin kuntoutettavalle tai hoidettavalle löydetään paikka, kuin se, vastaako tuo sijoituspaikka potilaan vointia. Haastateltavien mukaan tämä johtuu osin siitä, että ilmoitus potilaan sairaalasta uloskirjoittamisesta saattaa tulla erikoissairaanhoidosta samana päivänä tai pari päivää aikaisemmin, ja joissakin kunnissa on tapahtunut niinkin, että ilmoitusta ei ole tullut kuntaan lainkaan. Potilaalle on sitten kiireessä löydettävä jostakin hoitopaikka, jottei hän jää heitteille. Haastateltavien mukaan syynä on osin myös se, ettei kunta ole aktiivisesti seurannut asumispalveluihin sijoitettujen mielenterveyspotilaiden kuntoutumista. Esimerkiksi yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluvassa liitoskunnassa aiotaan vasta kartoittaa, millaisia asumispalveluyksiköitä uudessa kunnassa ylipäänsä on ja minkälaisen toimintakyvyn omaavia ihmisiä niissä asuu.

Osassa kuntia asumispalveluyksiköt (kuntoutuskodit) joutuvat antamaan sosiaalitoimelle hoito- ja kuntoutussuunnitelmia, joissa pitää olla mukana myös arvio potilasta hoitavalta lääkäriltä. Tuon suunnitelman perusteella arvioidaan, tarvitseeko potilas mahdollisesti järeämpiä tai kevyempiä palveluja. Haastateltavien mukaan asiakkaan palvelutarpeen arviointi nousee

asunnon fyysisiä ominaisuuksia, kuten sijaintia, omaa huonetta, huoneen kokoa ja varustetasoa, mutta myös henkilöstön koulutustasoa ja määrää.

⁸² Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)

⁸³ Esim. Anttinen ym. (1985)

kuitenkin käytännössä esille yleensä vain silloin, jos kuntoutuskoti ottaa yhteyttä sosiaalitoimeen tai asiakas on joutunut sairaalaan intervallihoittoon. Tämä tarkoittaa silloin aina sitä, että asiakas tarvitsee järempiä palveluja. Haastateltavien mukaan tämä johtuu siitä, ettei sosiaalityöntekijöillä ole aikaa valvoa jokaisen asiakkaan palvelutarvetta.

Lääninhallitusten mukaan yksi syy siihen, miksi ajatus stepeistä toteutuu harvoin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa, johtuu osin siitä, että palveluasumista tuottavat lähes yksinomaan yksityiset palveluntuottajat. Haastateltavien mukaan stepit eivät ole palveluntuottajien tavoite, sillä yksityiset palveluntuottajat ovat usein erikoistuneet tiettyyn "steppi-vaiheeseen", eikä niillä ole tällöin intressiä siirtää hyvin maksavia asiakkaitaan vähemmän maksaviksi asiakkaiksi esimerkiksi palveluasumisyksiköistä tuettuun asumiseen tai tuetusta asumisesta omaan asuntoon, koska se voi jopa merkitä maksavan asiakkaan menettämistä.

Vuonna 2007 yksityisten palveluntuottajien tuottamien palveluasumisyksiköiden⁸⁴ asiakkaina oli yli 5 600 mielenterveysongelmaista. Näistä valtaosa (78 %) oli yritysten tuottamien palveluiden piirissä. Vuosien 2003–2007 välisenä aikana tehostettua palveluasumista tarjoavissa asumispalveluyksiköissä asuvien mielenterveyskuntoutujien määrä kasvoi suhteellisesti 31 prosentilla koko maassa.⁸⁵

Mielenterveyslain viidennessä pykälässä tai mielenterveyspalveluja ohjaavissa laeissa (kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki ja sosiaalihuoltolaki) ei määritellä, millaisia yksittäisiä toimintamuotoja/palveluja tuki- ja palveluasumisen tulee tarjota, jotta ne tukevat mielenterveyspotilaan sosiaalista kuntoutumista. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja käsittelevissä suosituksissa⁸⁶ kuntouttaviksi palveluiksi määritellään muun muassa päivätoiminta, työtoiminta, klubitalotoiminta, arkista selviytymistä tukevat toimintamuodot, ryhmä- ja kurssimuotoinen kuntoutus ja koulutus, psykoterapeuttiset hoidot sekä vertaistuki. Vuoden 2007 suosituksessa korostetaan, että asumispalveluyksiköissä asuville turvataan riittävät ja tarkoituksenmukaiset kuntouttavat palvelut, mutta ei määritellä, mitä riittävillä palveluilla tarkoitetaan. Suosituksessa kyllä ilmaistaan, mihin erilaisilla palveluilla tulisi erilaisissa asumispalveluyksiköissä pyrkiä, mutta sitä, millaisia nämä palvelut konkreettisesti ovat, ei kirjoiteta auki. Haas-

⁸⁴ *Palveluasumisyksiköillä tarkoitetaan sellaisia asumisyksiköitä, joissa on joko ympärivuorokautinen hoito tai joissa ei ole järjestetty ympärivuorokautista hoitoa.*

⁸⁵ *Stakes, julkaisematon*

⁸⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001); (2007a)*

tattelut osoittivat, että asumispalveluyksiköissä tarjottavien palveluiden sisällöissä ja määrissä on eroja.

Osa kuntoutuspalveluista on sellaisia, joita ei järjestetä asumispalveluyksiköissä vaan esimerkiksi päiväkeskuksissa, klubitaloissa tai erikoissairaanhoidon yksiköissä. Osa kuntoutuspalveluista on taas järjestettävissä itse asumispalveluyksikössä, kuten arkista selviytymistä tukevat toimintamuodot, ryhmä- tai kurssimuotoinen kuntoutus ja vertaistuki. Lääninhallitusten haastattelujen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että lääninhallitusten sosiaali- ja terveystoimien valvonta kohdistuu lähinnä ympärivuorokautista hoitoa antavien asumispalveluyksiköiden fyysisten rakenteiden valvontaan, kun taas asumispalveluyksikössä tuotettujen kuntoutuspalveluiden sisällöllinen valvonta tyypistyy henkilöstön määrän ja koulutustason valvontaan.

3.1.3 Työterveyshuoltolaki

Nykyinen työterveyshuoltolaki tuli voimaan vuoden 2002 alusta. Työterveyshuolto on osa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää, joka eroaa muusta terveydenhuollosta siinä, että se keskittyy työelämässä mukana olevien (sisältää myös sairauslomalla olevat) henkilöiden hoitamiseen ja terveyden edistämiseen sekä pyrkii vaikuttamaan työoloihin, työympäristöön ja työyhteisöön⁸⁷.

Työturvallisuuslain yleisen soveltamisalan (L 738/2002 2 §) mukaan ehkäisevien työterveyspalvelujen järjestäminen on yritykselle pakollista, jos yrityksessä on palkattua henkilöstöä. Yrittäjille ja omaa työtään tekeville lakisääteisten työterveyspalveluiden järjestäminen sen sijaan on vapaaehtoista.

Työterveyshuoltolain mukaan työnantajan on järjestettävä työntekijöilleen työterveyshuollon ehkäisevät palvelut, joita ovat työpaikkaselvitykset ja terveystarkastukset. Nämä ns. lakisääteiset palvelut kattavat myös vammaisuuksien työntekijöiden työssä selviytymisen seurannan ja edistämisen. Lisäksi työterveyshuollon lakisääteisiin velvollisuuksiin kuuluu antaa kuntoutusta koskevaa neuvontaa sekä ohjata hoitoon ja lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen. Sairaanhoidon ja muiden terveyspalveluiden järjestäminen on sen sijaan työnantajalle vapaaehtoista.⁸⁸ Työterveyshuollon sairaanhoito sisältää työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan antaman hoidon ohella työterveyshuollon asiantuntijoiden ja erikoislääkärien konsultaatiot työkyvyn tai hoitomahdollisuuksien selvittämiseksi sekä

⁸⁷ Manninen ym. (2007)

⁸⁸ L 1383/2001 12 § ja 14 §

erikseen työterveydenhuoltosopimuksissa määritellyt laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ja muut vastaavat tutkimukset.⁸⁹

Suomessa yli 90 prosenttia palkansaajista on työterveyspalvelujen piirissä. Työterveyspalvelujen kattavuus on kuitenkin sitä heikompi, mitä pienemmästä yrityksestä on kyse. Alle 10 hengen yrityksissä työskentelevistä palkansaajista vain 55 prosenttia oli työterveyspalveluiden piirissä vuonna 2006, ja yrittäjistä vain noin kolmasosa oli solminut työterveyshuoltosopimuksen.⁹⁰ Tämä tarkoittaa sitä, että arviolta noin 500 000 työkäistä, työssä käyvää ihmistä on työterveyshuollon tavoittamattomissa⁹¹.

Työterveyshuoltosopimukset

Työ ja Terveys -haastattelututkimuksen mukaan työterveysyksiköiden palvelujen piiriin kuului vuonna 2004 yhteensä 1,86 miljoonaa henkilöä, joista 1,78 miljoonaa oli palkansaajia. Palkansaajista 93 prosentilla työterveyshuoltosopimus sisälsi myös sairaanhoidon.⁹² Tarkastuksen piiriin kuuluvien työterveysyksiköiden haastattelut tukivat Työ ja Terveys 2006 -haastattelututkimuksen tuloksia, mutta nostivat esille myös sen, että yritysten työterveyshuoltosopimuksissa on sisällöllisiä eroja tarjottujen palveluiden, kattavuuden ja työntekijöiden oman maksuosuuden suhteen.

Tarkastuksen piiriin kuuluvissa työterveysyksiköissä työterveyshuoltosopimukset olivat yleensä sisällöltään hyvin kokonaisvaltaisia. Toisin sanoen ne sisältävät sekä ennalta ehkäisevät toimenpiteet että yleislääkäritasoisien avosairanhoidon. Kokonaisvaltaisiin työterveyshuoltosopimuksiin sisältyy lääkärin vastaanotto- ja päivystyskäynnit, tietyt laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä psykiatrin ja työpsykologin konsulttiokäynnit. Näiden lisäksi niissä tarkastuksen piiriin kuuluneissa työterveysyksiköissä, jotka olivat yrityksen omia tai yritysten yhteisiä, sopimukseen sisältyi myös ulkopuolisilta ostettavia vaativia työkyvynarviointipalveluja, neuropsykologisia testejä ja toimintakykytestejä sekä oman yrityksen tuottamia lääkkeitä.

Kokonaisvaltaisissakin työterveyshuoltosopimuksissa oli kuitenkin erilaisia rajoituksia palveluiden käytössä. Yritysten omilla ja yhteisillä työterveysasemilla työntekijät voivat käydä rajoituksetta työterveyslääkärin vastaanotolla, mutta sellaisissa pienemmissä yrityksissä, jotka ostavat työterveyshuollon palvelut lääkäriasemilta, lääkärin vastaanottokäynti on saa-

⁸⁹ Manninen ym. (2007)

⁹⁰ Kauppinen ym. (2007)

⁹¹ Stengård ym. (2009)

⁹² Kauppinen ym. (2007)

tettu rajata kahteen käyntikertaan yhtä sairautta kohti tai työkyvynarvioinneissa psykiatrian konsultaatiota tai konsultaatioita ei ole sisällytetty sopimuksiin. Jos psykiatriin konsultaatiot sisältyivät sopimuksiin, niiden määrä vaihteli yleensä 1–3 käyntikertaan kutakin ongelmaa kohti. Yleensä sopimuksissa työpsykologin konsultaatiokäynnit oli rajattu maksimissaan kolmeen käyntiin, mutta yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa työterveysyksikössä työntekijöillä oli mahdollisuus käydä työterveyslääkärin läheteellä psykologilla enintään 10 kertaa. Työterveyspalveluja myyvissä työterveysyksiköissä oli myös asiakasyrityksiä, jotka ovat rajanneet työpsykologikäyntejä eri tavoin: käynnit eivät sisälly lainkaan työterveyshuoltosopimukseen, kaksi käyntikertaa kutakin ongelmaa kohti tai psykologilla käynti on rajattu koskemaan vain työkyvyn arviointia.

Vaikka työterveyshuoltosopimukseen sisältyi erikoislääkärin konsultaatioita, joutui työntekijä jossain yrityksissä maksamaan osan palveluista itse. Esimerkiksi yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluvassa työterveysyksikössä työntekijät joutuivat maksamaan itse 20 prosenttia yksityisen psykiatriin käyntikustannuksista. Toisessa työterveysyksikössä työntekijät saivat työnantajan kustantamana viisi psykiatriin konsultaatiokäyntiä, ja sen jälkeen he joutuivat kustantamaan käynnit osin itse. Yhdessä työterveysyksikössä työntekijät sen sijaan voivat esimerkiksi lomalla sairastuessaan soittaa työterveyslääkärilleen ja saada maksusitoumuksen yksityislääkärille.

Taloudellisen tilanteen heiketessä ja lomautettujen määrän lisääntyessä on alettu keskustella työterveyshuollon kattavuudesta. Julkisuudessa on esitetty kysymys siitä, kuuluvatko lomautetut työntekijät työterveyshuollon piiriin. Elinkeinoelämän keskusliiton mukaan työterveyspalveluiden pitäisi kattaa myös lomautetut, tosin lomautuksen keston mukaan. Tarkastushavaintojen perusteella yritykset olivat jo nyt rajanneet ns. vapaaehtoisten työterveyspalveluiden ulkopuolelle eräitä työntekijäryhmiä.

Esimerkiksi sellaisessa kunnassa, joka oli liikelaitostanut työterveyshuoltonsa, oikeus sairaanhoitoon ja muihin terveydenhuoltopalveluihin koski vain vakinaista henkilökuntaa. Alle ½ vuoden sijaisuuksia tekevät tai yli kolmen kuukauden palkattomalla virkavapaalla olevat työntekijät joutuvat hakemaan sairaanhoitopalvelunsa omalta terveyskeskuslääkäriltään. Yritysten yhteisesti järjestämässä työterveysyksikössä oli taas pyritty turvaamaan laadullisesti samanlaiset palvelut kaikille työntekijöille ympäri Suomea, mutta tuntityöntekijöistä sairaanhoitoon ja muihin terveydenhuoltopalveluihin olivat oikeutettuja vain ne työntekijät, jotka olivat olleet talossa vähintään neljä kuukautta ja työskennelleet vähintään 18 tuntia viikossa.

Työterveyshuolto on osa perusterveydenhuoltoa. Sen yhteydessä järjestetty sairaanhoito on yleislääkäritasosta avosairaanhoitoa sekä osin myös erikoislääkärin toimintaa silloin, kun toiminta perustuu työpaikan työterveyslääkärin arvioon selvitettyä työntekijän toimintakykyä ja hoitomahdollisuuksia.⁹³ Työterveyshuollossa järjestetyt perusterveydenhuollon palvelut ovat siten osin rinnakkaisia terveyskeskuksissa annettujen palvelujen kanssa. Työterveyshuollon ja terveyskeskuksen rinnakkaisuus nosti tarkastushaastattelussa esille monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyvän ongelman: osaoptimoinnin.

Työterveyshuollon haastattelujen mukaan kaikki työnantajat eivät halua kustantaa työntekijöilleen kuin vain lakisääteiset työterveyspalvelut tai vain joitakin yleislääkäritasoiseen avosairaanhoitoon liittyviä palveluja. Kysymys saattaa osin myös olla työnantajan taloudellisista resursseista. Tällöin esimerkiksi voi olla niin, että mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa tarvittavat laboratoriotutkimukset eivät sisälly lainkaan työntekijöiden työterveydenhuoltosopimuksiin. Kunnat voivat taas katsoa, että työterveyshuolto on rinnakkaista toimintaa terveyskeskuksen kanssa, jolloin yleislääkäritasoiseen avosairaanhoitoon kuuluvat palvelut laboratoriotutkimuksineen kuuluisivat heidän näkemyksensä mukaan työnantajien kustannettaviksi⁹⁴. Lainsäädännön mukaan näin ei kuitenkaan ole. Kunnallisella puolella pelätäänkin, että kilpailun kiristyessä työterveydenhuolto käyttää tarjoustilanteissa tilannetta hyväkseen. Kun osa tutkimuksista ohjataan kunnan maksettavaksi, saadaan tehtyä edullisempi tarjous.⁹⁵

3.1.4 Yksityistä palvelutuotantoa ohjaavat lait

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta antaa kunnille useita erilaisia vaihtoehtoja mielenterveyspalvelujen järjestämiseksi. Viime vuosikymmenenä tämä on näkynyt etenkin palveluasumisyksiköiden ulkoistamisena. Tarkastuksen piiriin kuuluneet kunnat olivat ulkoistaneet mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut lähes 100-prosenttisesti.

Vuonna 2007 sellaisia yksityisiä asumispalveluyksiköitä, jotka tarjosivat asumispalveluja mielenterveyskuntoutujille, oli koko maassa kaikkiaan 614. Näistä tehostettua asumispalvelua antavien toimintayksiköiden osuus

⁹³ *Esim. Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a)*

⁹⁴ *Myös sähköpostiviesti 5.2.2009*

⁹⁵ *Emt.*

oli 61 prosenttia. Tehostetun palveluasumisen piirissä oli yhteensä 4 225 asiakasta, joista 78 prosenttia oli yritysten tuottamien palveluiden piirissä.⁹⁶

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta edellyttää palvelujen tuottajalta lääninhallituksen lupaa antaa ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisessä YSTERI-luparekisterissä oli marraskuussa 2008 yhteensä 236 sosiaalipalvelujen valvontalain mukaista lupaa, jotka oli myönnetty mielenterveyskuntoutujille tehostettua palveluasumista antaville tuottajille⁹⁷.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta puolestaan edellyttää, että palvelujen tuottajalla on lääninhallituksen lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Haastattelujen mukaan tehostetun palveluasumisen piirissä asuvat mielenterveyskuntoutujat ovat enimmäkseen huonokuntoisia pitkäaikaissairaita. Tällöin heidän hoidossaan lääkehoito on usein merkittävässä asemassa.⁹⁸ Lain mukaan tehostettua palveluasumista tarjoavalla sosiaalipalvelun tuottajalla pitäisi tällöin olla myös terveydenhuollon lupa, mutta käytännössä näin ei kuitenkaan ole.

YSTERI-rekisterin mukaan marraskuussa 2008 mielenterveyskuntoutujille tehostettua palveluasumista antaneista yksityisistä sosiaalipalvelujen tuottajista vain yhdellä neljäsosalla (58 kpl)⁹⁹ oli myös terveydenhuollon lupa. Tämä voi tarkoittaa sitä, että tehostetun palveluasumisen piirissä olevien mielenterveyskuntoutujien lääkehoito hoidetaan jossakin muualla: erikoissairaanhoidon avopalveluiden piirissä, kuten aikuispsykiatrian poliklinikoilla tai perusterveydenhuollossa terveyskeskuksessa. Palvelun tuottaja on saattanut myös ostaa lääkäripalvelut asumispalveluyksikköön-
sä yksityiseltä palveluntuottajalta. Tehostettuun palveluasumisyksikköön on voitu sijoittaa myös sellaisia mielenterveyskuntoutujia, joiden hoito ja kuntoutus eivät sisällä lainkaan lääkehoitoa. Tarkastushaastattelujen perusteella tämä vaihtoehto on kuitenkin epätodennäköisin, sillä palveluasumiseen sijoitettavat kuntoutujat ovat huonokuntoisia pitkäaikaissairaita. Kaksoislupien vähäisyys tehostetussa palveluasumisessa voi myös viitata siihen, etteivät palvelun tuottajat ole ymmärtäneet hakea lupaa.

⁹⁶ *Stakes (2008a)*

⁹⁷ *Tiedot saatu Stakesilta marraskuussa 2008. Julkaisematon Elokuun loppuun 2009 asti palveluntuottajan on haettava lupa erikseen jokaiselta lääninhallitukselta, jonka alueella hän toimii. Syyskuun alusta 2009 Valvira myöntää valtakunnalliset luvat kahden tai useamman läänin alueella toimiville palvelujen tuottajille (L 377/2009).*

⁹⁸ *Lääninhallitusten ja Valviran tarkastushaastattelut*

⁹⁹ *Tieto saatu Stakesilta marraskuussa 2008. Julkaisematon*

Valviran mukaan lääninhallitukset asennoituvat kaksoislupaan eri tavoin. Osa lääneistä suhtautuu terveydenhuollon luvan myöntämiseen vastahakoisesti, koska lainsäädäntö ei tunne kaksoislupakäsitettä. Nihkeä suhtautuminen johtuu haastateltujen käsityksen mukaan osin myös lääninhallitusten erilaisista valvontaresursseista. Toisissa lääninhallituksissa on resursseja tehdä määräaikaista tarkastuksia systemaattisesti, jolloin asiaan voidaan kiinnittää huomiota. Toisissa lääninhallituksissa resurssit ovat suhteellisesti niukemmat, eikä määräaikaista tarkastuksia kyetä tekemään. Näissä lääneissä kaksoislupakysymykset tulevat esille vasta kyselyiden ja yhteydenottojen välityksellä. Valviran mukaan jo nyt on noussut esiin sellaisia tapauksia, joissa palveluasumisen piirissä on toteutettu vaativaa lääkehoitoa mutta terveydenhoidon lupa on puuttunut. Lääninhallitus on puuttunut asiaan vasta jälkikäteen.

Miteva-yhteistyöryhmässä¹⁰⁰ kaksoislupa-asiaan on kiinnitetty huomiota ja yhteistyöryhmä on jo esittänyt sosiaali- ja terveysministerille, että laki yksityisestä terveydenhuollosta ja laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta olisi järkevää yhdistää yhdeksi laiksi. Ministeriössä valmistellaankin parhaillaan potilas- ja asiakaslakeja yhdistävää lakia. Lakiehdotus annetaan eduskunnalle vuoden 2010 aikana, ja sen on tarkoitus tulla voimaan vuonna 2011.¹⁰¹

3.1.5 Muut mielenterveyspalveluja ohjaavat lait

Kun tarkastuskuntien haastateltavilta tiedusteltiin, miten mielenterveyspalveluja ohjaava lainsäädäntö toimii, oli kiintoisaa havaita, että he tarkastelivat asiaa spontaanisti vain mielenterveyslain näkökulmasta. Muut mielenterveyspalveluja ohjaavat lait piti kysyä erikseen yksitellen. Tarkastushavainto viittaa siihen, että mielenterveyspalvelujärjestelmä hahmotetaan enemmänkin osasina kuin laajempaa kokonaisuutena.

¹⁰⁰ Valviran ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen asiantuntijoista koostuva Mielenterveyspalvelujen ohjauksen ja valvonnan ryhmä (Miteva). Työryhmä on perustettu vuonna 2006 koordinaatioryhmän (lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ja entisen TEOn johdon) päätöksellä. Työryhmä on epävirallinen yhteistyöelin, joka kokoontuu 2-3 kertaa vuodessa ja väliaikoina jäsenet kommunikoiivat netin kautta. Mitevassa on jäsenenä jokaisesta läänistä joko lääninlääkäri tai terveydenhuollon tarkastaja ja Valvirasta henkilöitä, jotka ovat tekemisissä mielenterveysasioiden kanssa kuten lastenpsykiatri, psykiatri ja psykoterapeuttien rekisteröinnistä vastaava ylitarkastaja. Yhteistyöryhmässä ei ole lainkaan edustajia sosiaalihuollosta.

¹⁰¹ Tieto saatu sosiaali- ja terveysministeriöstä 9.6.2009

Mielenterveyspalveluista perittävät asiakasmaksut määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain (L 734/1992) ja -asetuksen (A 912/1992) perusteella. Asetuksen mukaan psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annettu hoito on siihen liittyvää osittaista ylläpitoa lukuun ottamatta potilaalle maksutonta. Tämä lainsäädäntö on ongelmallinen siltä osin, ettei siinä määritellä, mitä psykiatrisella hoidolla ylipäänsä tarkoitetaan. Kuntaliiton ja esimerkiksi Duodecim Depression Käypä hoito-suosituksen mukaan psykiatrisella erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan psykiatrian erikoislääkärin johtamaa toimintaa riippumatta siitä, missä organisaatiossa hoitoa annetaan. Tämä merkitsee sitä, että esimerkiksi terveyskeskuksessa sijaitseva mielenterveysyksikkö voi edustaa joko perustasoa tai erikoissairaanhoitoa.¹⁰²

Tarkastuskuntien haastattelujen mukaan psykiatrian avohoitoon voi sisältyä muun muassa päiväsairalatoimintaa, päivähoitoa, järjestettyä päivätoimintaa, kotona annettavaa hoitoa ja kuntouttavaa työtoimintaa. Osassa tarkastuskunnista esimerkiksi klubitalo tai päivätoiminta oli organisoitu psykiatrisen avohoidon alaiseksi, ja osa kunnista taas järjestää näitä toimintoja omissa sosiaalihuollon toimintayksiköissään tai ostaa palvelut järjestöiltä. Asiakasmaksulainsäädännön mukaan psykiatrian avohoidon toimintayksikössä annetut palvelut ovat potilaalle maksuttomia. Silloin, kun samat palvelut on järjestetty yleislääkärijohtoisessa terveyskeskuksessa tai sosiaalihuollossa, ne ovat mielenterveyspotilaalle kuitenkin maksullisia. Näin ollen asiakasmaksulainsäädäntöön sisältyvä ajatus yhdenvertaisesta kohtelusta ei toteudu: maksullisuus tai maksuttomuus on psykiatrian osalta sidoksissa palveluiden organisointitapaan eikä itse palveluun. Yhdenvertaisen kohtelun sijasta lainsäädäntö tällöin ennemminkin edistää mielenterveyspotilaiden alueellista eriarvoisuutta.

Asiakasmaksulainsäädäntö ei myöskään tunne kaikkia psykiatrisen avohoidon toimintayksiköissä järjestettyjä palveluja, kuten päiväsairalatoimintaa, josta kunnat perivät maksun. Lainsäädännössä ei myöskään ole määritelty, mitä psykiatrisessa avohoidon toimintayksikössä annettuun hoitoon liittyvällä osittaisella ylläpidolla tarkoitetaan.

Kuntaliiton tulkinnan mukaan ylläpidolla tarkoitetaan psykiatriseen hoitoon liittyvää erilaista yhdessäoloa, kuten vapaamuotoista toiminta- tai muuta terapiaa, viriketoimintaa, yhdessäoloa, vaatehuoltoa jne., jonka merkeissä jäädään hoidon jälkeen joko hoitotilojen läheisyyteen tai mui-

¹⁰² Kuntaliitto, sähköposti 29.1.2009; *Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (aikuispsykiatria) (2005b)*

hin kunnan varaamiin tiloihin pidemmäksi ajaksi. Koska yhdessäolomuotoinen toiminta kestää usein koko päivän, joudutaan henkilöille järjestämään ruokailua tai kahvia päivän aikana. Kunta tai kuntayhtymä päättää ruokailusta perittävän maksun suuruudesta. Ruokailu- tai kahvitarjoilua kutsutaan osittaiseksi ylläpidoksi, koska potilaat menevät yöksi omiin koteihinsa tai kunnan järjestämiin tuki- tai palveluasumisyksiköihin.¹⁰³

Mielenterveyspotilaalle kotona annettavan hoidon maksuista säädetään asiakasmaksuasetuksen 3, 8 ja 11 pykälissä, joiden mukaan aikuiselle mielenterveyspotilaalle kotona annettavat palvelut ovat maksullisia. Näin ollen esimerkiksi kotona tapahtuva lääkinnällinen kuntoutus on potilaalle maksullista, mutta jos potilas sen sijaan saa lääkinnällistä kuntoutusta psykiatrian avohoidon toimintayksikössä, on palveluiden käyttö hänelle ilmaista. Asiakasmaksulainsäädännöllä tuetaan näin myös sosiaalista kuntoutumista. Potilaalle on taloudellisesti edullisempaa tulla ottamaan injektioita psykiatrian avohoidon toimintayksikköön kuin vastaanottaa sama hoito kotonaan. Samalla potilas huomaamattaan kuntouttaa itseään, koska oman kodin ulkopuolelle lähteminen voi olla monelle potilaalle vaikeaa. Tällöin psykiatrian avohoidon toimintayksikön henkilöstöresursseja vapautuu myös muiden kuntouttamiseen.

Osa haastatelluista kuntien edustajista katsoi, että on aivan samantekevää, järjestetäänkö päivätoimintaa erikoissairaanhoidossa vai sosiaalihuollossa, koska toiminnasta aiheutuvat kustannukset ovat kunnalle yhtä suuret. Mielenterveyspotilaalle ei ole kuitenkaan yhdentekevää, missä organisaatiossa palvelu järjestetään.

Asiakasmaksulainsäädännön mukaan laitoksessa järjestetty lyhytaikainen hoito (päivähoito) on maksullista (13 §). Psykiatrian avohoidon toimintayksikössä järjestettynä se on kuitenkin potilaalle maksutonta. Esimerkiksi kotonaan asuvat vanhuksat joutuvat maksamaan vanhainkotien yhteydessä järjestettävästä päivähoitosta. Yhdenvertaisen kohtelun sijasta lainsäädäntö näyttää siten kohtelevan palveluja tarvitsevia väestöryhmiä eriarvoisesti. Samanlaisesta hoidosta sama asiakasmaksu ei siten toteudu.

Hoitotakuulainsäädäntö

Hoitotakuulaki on ollut nyt voimassa runsaat neljä vuotta. Hoitoonpääsyn toteutumista psykiatriassa koskevat viimeisimmät seurantatiedot joulukuun lopulta 2008 osoittavat hoitotakuun toteutuvan aikuispsykiatriassa vain osittain. Vaikka vain pieni osa (1,2 prosenttia) 23 vuotta täyttäneistä potilaista joutui odottamaan hoitoon pääsyä yli 6 kuukautta, ongelmallista

¹⁰³ Kuntaliitto, sähköposti 29.1.2009

oli se, että 3,5 prosenttia heistä oli odottanut ensimmäiselle erikoissairaanhoidossa tapahtuvalle poliklinikkakäynnille yli kuusi kuukautta.¹⁰⁴ Kun tähän lasketaan erikoissairaanhoitoon lähettämistä edeltävä hoitoaika perusterveydenhuollossa, joka esimerkiksi masennuksen hoitosuosituksen mukaan on lievien ja keskivaikeiden masennusten hoidossa 3–6 kuukautta¹⁰⁵, saattaa mielenterveyshäiriötä poteva henkilö pahimmassa tapauksessa joutua odottamaan ensimmäiselle aikuispsykiatrian poliklinikkavastaanotolle pääsyä noin vuoden. Eräs lääninhallituksen edustaja totesikin osuvasti, että mielenterveyshäiriötä poteva ihminen ei voi odottaa apua kuutta kuukautta, sillä siinä vaiheessa hän saattaa olla jo lopullisesti siirtynyt eläkkeelle. Valvontaviranomaisten haastattelujen mukaan hoitotakuulainsäädännössä ei ole riittävällä tavalla määritelty, mitä hoitoon pääsy tarkoittaa¹⁰⁶.

Erikoissairaanhoidon pitkät odotusajat näkyvät osin psykiatrian päivystyskäyntien määrän lisääntymisenä. Vuoden 2008 tammi-elokuun välisenä aikana keskussairaaloissa psykiatrian päivystyskäyntien määrä kasvoi noin seitsemällä prosentilla edellisestä vuodesta¹⁰⁷. Lääninhallitusten ja Valviran haastateltujen mukaan sairaalatasoiseen hoitoon tulevista potilaista suurin osa tulee päivystyksen kautta. Erikoissairaanhoidon haastateltujen mukaan perusterveydenhuollon läheteistä 10–15 prosenttia palautetaan konsultaation kera, mutta yllättävän moni näistä palautetuista henkilöistä tulee nopeasti kuitenkin päivystyksen kautta erikoissairaanhoidon avo- tai jopa osastohoidon potilaaksi. Esimerkiksi työterveyshuollossa päivystystä käytetään keinona, jolla ihmiset saadaan tarvittaessa ajettua erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin.

Niissä tarkastuskunnissa, joissa terveyskeskukseen oli palkattu terveyskeskuslääkärin ja psykiatrisen sairaanhoitajan rinnalle psykiatri tai psykiatri kävi terveyskeskuksessa säännöllisesti kerran viikossa, tarve lähettää potilaita erikoissairaanhoitoon oli selkeästi vähentynyt. Mielenterveyshäiriötä potevat henkilöt myös pääsivät psykiatrin konsultaatioon viikon sisällä.

Kuntahaastattelujen mukaan hoitotakuun määräajoilla ei ole ollut vaikutusta hoitoon pääsyyn. Osa haastatelluista työterveyshuollon edustajista taas katsoi, ettei hoitotakuu koske työterveyshuoltoa lainkaan. Tarkastuskunnissa potilaat pääsivät erikoissairaanhoitoon määräaikoja nopeammin.

¹⁰⁴ *Hoitoonpääsyn seuranta erikoissairaanhoidossa. Psykiatria. Tilanne 31.12.2008*

¹⁰⁵ *Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (aikuispsykiatria)(2005b)*

¹⁰⁶ *Vrt. Valtionalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus (2008)*

¹⁰⁷ *Punnonen (2008)*

Kun lähete saapuu erikoissairaanhoidon avohoitoyksikköön, pääsee potilas erikoislääkärille 2 viikon – 2 kuukauden sisällä.

Lääninhallitusten haastatteluissa nousi esille sama asia kuin terveydenhuoltolakityöryhmän muistiossa¹⁰⁸. Hoitojonoja ei muodostu, koska potilaille tarjotaan vain sitä hoitoa, jota on käytettävissä. Esimerkiksi jos psykoterapeuttia ei ole käytettävissä, niin potilaalle tarjotaan lääkehoitoa ja mikäli mahdollista mielenterveyshoitajan seurantaa.

Sairausvakuutuslaki

Työnantajalla, yrittäjällä ja muualla omaa työtään tekevällä on työterveyshuoltolain ja sairausvakuutuslain¹⁰⁹ nojalla oikeus saada korvausta järjestämänsä työterveyshuollon kustannuksista. Korvaus määräytyy työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan, joka perustuu hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan edellyttämiin voimavaroihin. Tällaisiksi voimavaroiksi on määritelty työterveyslääkärin määräämät hoidot ja tutkimukset, työterveyshoitajan antama hoito, neuvonta ja ohjaus sekä työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan tarvitsemat asiantuntijapalvelut. Asiantuntijapalveluita ovat muun muassa psykiatrin ja työpsykologin konsultaatiot.¹¹⁰

Sairausvakuutuslaki korvaa työnantajalle työterveyshuollon kustannuksia kahden korvausluokan mukaan. Lakisääteisen ehkäisevän terveydenhuollon kustannukset kuuluvat korvausluokkaan I, ja vapaaehtoisesti järjestetyn yleislääkäritasoisien sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset kuuluvat korvausluokkaan II. Esimerkiksi psykiatrin konsultaatiot korvataan vain, jos työterveyslääkäri on katsonut ne tarpeelliseksi arvioidessaan työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia. Korvausluokkaan I kuuluvista kustannuksista korvaus on 60 prosenttia, ja korvausluokkaan II kuuluvista kustannuksista korvataan 50 prosenttia.¹¹¹

Haastateltujen työterveysyksiköiden edustajien mukaan pulmallista on kuitenkin se, että Kelan korvauskäytännöt asettavat raamit työnantajien solmimille työterveyshuoltosopimuksille. Työnantajat tavallaan osavoivat työterveyshuoltosopimuksensa sisällön siten, että solmittuihin työterveyshuoltosopimuksiin sisällytetään vain sellaisia palveluja, joita Kela korvaa, ja niitäkin vain minimimäärä. Vaikka työntekijän työterveyshuolto kattaisi myös sairaanhoitoa ja muita terveydenhuoltopalveluja, voi hän

¹⁰⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)*

¹⁰⁹ *L 1224/2004 13 luku 1 § ja 5 §*

¹¹⁰ *VNp 951/1994; L 1383/2001*

¹¹¹ *L 1383/2001*

silti kuormittaa myös kunnallista terveydenhuoltoa. Tämä johtuu siitä, että hänen työterveyshuoltosopimuksensa saattaa sisältää vain rajallisen määrän lääkärinvastaanottokäyntejä tai psykiatrin konsultaatioita sairautta kohti¹¹². (Ks. sivu 49.)

Haastateltavat kokivat ongelmaksi myös sen, ettei Kela korvaa työterveyshuoltona annettua psykoterapiaa. Kela korvaa psykoterapiaa sairausvakuutuslain ja Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista¹¹³ annettujen lakien perusteella. Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin antamaa psykoterapiaa. Kuntoutusetuuksista korvataan harkinnanvaraisena kuntoutuksena terapiakoulutuksen saaneen lääkärin, psykologin tai muun psykoterapeuttisen koulutuksen saaneen henkilön antamaa psykoterapiaa.

Osa haastatelluista katsoi lievää masennusta potevien olevan väliinpuotojia. Tämä johtui siitä, että Kela korvaa työterveyshuollossa vain kuntoutusneuvonnan ja kuntoutukseen ohjaamisen. Työnantaja taas ei sisällyttä solmimaansa työterveyshuoltosopimukseen psykoterapiaa. Erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköt hoitavat vain vaikeasti masentuneet ja terveyskeskukset tarjoavat samaa yleislääkäritasoista sairaanhoitoa kuin työterveyshuolto. Tämä johtaa siihen, että tehokkaaksi todettua psykoterapiaa lievien ja keskivaikeiden masennustilojen akuuttihoitossa – joko vaihtoehtoisena lääkkehoidolle tai lääkkehoidon kanssa yhtäaikaaisesti¹¹⁴ – ei voida soveltaa työterveyshuollossa.

3.1.6 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Paras-hanke

Kunta- ja palvelurakenteen uudistamiselle annettiin aikaa seitsemän vuotta, josta jäljellä on vielä runsaat kaksi vuotta. Hankkeen ensimmäiset viisi vuotta ovat kuluneet lähinnä kuntarakenteen uudistamiseen eli kuntien määrän vähentämiseen. Palveluita koskevien muutosten on todettu olleen toistaiseksi melko vähäisiä.¹¹⁵ Tarkastushavaintojen mukaan kuntaliitoskunnissa palveluiden kehittäminen tai uudelleenorganisointi näyttää jääneen kuntaliitoksen jalkoihin. Vasta nyt kunnissa aletaan pohtia, miten palvelut järjestetään aikaisempaa suuremmalle väestöpohjalle tai millaisia palveluja uudessa kunnassa on tarjolla – siis asioita, joita olisi luullut pohdittavan jo kuntaliitoskeskustelujen yhteydessä.

¹¹² Työterveysyksikön edustajan haastattelu

¹¹³ L 1224/2004 3 §

¹¹⁴ Depression Käypä hoito -suositus

¹¹⁵ Vrt. Valtiovarainministeriö (2009)

Puitelain nojalla kuntien piti toimittaa valtioneuvostolle uudistusta koskevat toimeenpanosuunnitelmat. Tarkastushavaintojen mukaan nämä suunnitelmat eivät kaikin osin vastanneet odotuksia. Toimeenpanosuunnitelmat olivat hyvin yleisiä, eikä niissä käsitelty yksittäisiä palveluja vaan palvelukokonaisuuksia. Ne eivät siten kerro mitään esimerkiksi yksittäisten mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Tarkastushavaintojen mukaan kunta voi järjestää erikoissairaanhoidon avomielenterveyspalvelut samanaikaisesti sekä itse että ostamalla ne sairaanhoitopiiriltä. Toimintasuunnitelmista paljastunut palvelurakenteiden "himmelimäisyys" näytti olevan uutta myös lakia valmisteleville tahoille. Tämä viitattaisi siihen, että Paras-puitelakia koskevassa valmistelutyössä on ollut puutteita¹¹⁶.

Se, etteivät toimeenpanosuunnitelmat ehkä vastanneet kaikin osin siihen, mitä niiltä odotettiin, saattoi johtua siitä, että kunnille esitetyt kysymykset oli muotoiltu huonosti. Osa tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista ei näyttänyt ymmärtäneen kysymyksiä ja osa vastasi "vähän sinnepäin". Lisäksi jos kysymysten laatijat halusivat saada tietoja siitä, miten kunnat aikovat kehittää palveluitaan, niin tätä asiaa selkeästi koskevaa kysymystä kunnille esitetyissä kysymyksissä ei yksinkertaisesti ollut lainkaan.

Hallituksen esityksessä Paras-puitelaksi ja itse puitelaissa ei määritelty täsmällisesti, mitkä sosiaalitoimen tehtävistä/palveluista liittyvät kiinteästi perusterveydenhuoltoon. Sen sijaan asiakirjoissa tehtävät määriteltiin toiminta-alueina, jotka kattavat lähes koko sosiaalitoimen "vauvasta vaariin". Käytännössä tällä määräyksellä vaikutetaan myös palveluiden uudelleen järjestämiseen. Peruspalveluministeri Paula Risikko onkin todennut, että väljä Paras-puitelaki on antanut kunnille vapaat kädet rakentaa erilaisia malleja terveydenhuollon toteuttamiseksi¹¹⁷.

Kuntia ohjataan organisoimaan palvelunsa uudelleen siten, että samalla toiminta-alueella/vastuualueella on sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Näin pyritään edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja sitä kautta hoito- ja palveluketjujen saumattomuutta. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ei ole onnistuttu riittävästi parantamaan henkilöstön koulutuksella ja uusilla toimintatavoilla, niin sitä yritetään lisätä hallinnollisia rakenteita muuttamalla. Yhtenä vaarana tässä on kuitenkin palvelujärjestelmän lääketieteellistyminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että myös sosiaalihuollon palveluissa vaaditaan yhä enemmän terveydenhuollon ammattiryhmiä, hoiva muuttuu lääkinnälliseksi hoidoksi ja kuntoutukseksi

¹¹⁶ Esimerkiksi oikeuskansleri Jaakko Jonkka on kiinnittänyt huomiota lainsäädännön puutteellisuuksiin yleisesti.

¹¹⁷ Suomen Lääkärilehti (2009a)

ja lääkitseminen terapeutoineen ulottuu mitä moninaisimpiin ongelmiin, joita aiemmin ei luettu lääketieteen piiriin kuuluviksi (esimerkiksi yksinäisyys, turvattomuus, ihmissuhdeongelmat, työpaikkakiusaaminen). Tämä johtaa ennen pitkää terveystenonien hallitsemattomaan kasvuun.

Tarkastushavaintojen mukaan sosiaalihuollon medikalisoituminen näkyy jo mielenterveyspalveluiden asumispalveluissa. Asumispalveluyksiköissä asuvista henkilöistä puhutaan mielenterveyskuntoutujina ja terveydenhuollon ammattiryhmät muodostavat henkilökunnan enemmistön.

Paras-puitelain voi katsoa olleen jo valmistuessaan osittain jälkeenjäänyt. Lainvalmisteluasiakirjoissa tai itse laissa ei näytetä ymmärtävän erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyön tärkeyttä. Tarkastushavaintojen mukaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välisen yhteistyön toimivuus on tärkeää etenkin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa. Yhteistyön on pohjautettava kuitenkin yhdenvertaisuuteen. Tämä edellyttää sitä, että sosiaali- ja terveyshuollon työntekijät ovat tasa-arvoisessa asemassa toisiinsa nähden tehdessään jatkohoitosuunnitelmia. Yhteistyö ei ole toimivaa, jos toinen osapuoli tekee jatkohoittoa koskevat suunnitelmat yksinään ja toisen osapuolen rooliksi jää vain niiden toteuttaminen.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, että Paras-puitelain säännöksistä osa on sellaisia, jotka annettiin ensimmäisen kerran suosituksina. Koska suositukset eivät ohjanneet kuntia uudistamaan palvelurakennejärjestelmää, ne muutettiin väljiksi kuntia velvoittaviksi normeiksi.

Mielenterveyslaki

Mielenterveyspalveluja ohjaava mielenterveyslaki on hyvä esimerkki Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän hallinnollisesta, organisatorisesta ja palvelumuotojen pirstaleisuudesta. Pirstaleisuutta kuvaa hyvin se, että mielenterveyspalveluja koskevien pykälien tulkitseminen edellyttää rinnakkaisluentaa muun muassa kansanterveislain, sosiaalihuoltolain ja -asetuksen, erikoissairaanhoidon lain ja vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista kanssa¹¹⁸. Mielenterveyslaki onkin enemmän erilaisten säädösten summa kuin yksi erillinen laki. Pirstaleituneisuutta kuvaa hyvin myös se, että tarkastushaastateltavat käyttivät sairaasta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevasta henkilöstä erilaisia käsitteitä lähinnä sen mukaan, missä kontekstissa palveluihin liittyvistä kysymyksistä puhuttiin. Terveydenhuollossa henkilö oli potilas,

¹¹⁸ L 380/1987. *Jatkossa laista käytetään käsitettä vammaispalvelulaki.*

sosiaalihuollon sosiaalityön piirissä asiakas ja sosiaalihuollon asumispalvelujen piirissä kuntoutuja.

Mielenterveyslaissa korostetaan ennaltaehkäisyä ja hoitoa, mutta mielenterveyspalvelut (sosiaali- ja terveyspalvelut) kohdistuvat jo sairastuneisiin tai oirehtiviin. Vaikka terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa korostetaan myös muilla kuin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan päätöksillä ja toimenpiteillä olevan vaikutusta kansalaisten mielenterveyteen, osoittivat tarkastushaastattelut, että aikuisväestön mielenterveyttä ohjaava terveyspolitiikkamme näyttää edelleen keskittyvän ensisijaisesti hoitoon ehkäisyn kustannuksella¹¹⁹. Tarkastushavainnot osoittivat, että esimerkiksi terveyskeskuksissa mahdollisuudet toimia ehkäisevästi ovat hyvin rajalliset. Oireisiin pystytään puuttumaan esimerkiksi vasta sitten, kun potilas hakeutuu vastaanotolle ja myöntää somaattisen sairauden taustalla olevan todellisuudessa jotakin muuta.

Työterveyshuollossa asiaan pystytään puuttumaan terveystarkastusten yhteydessä, mutta mahdollisuudet ehkäistä mielenterveyshäiriöiden muuttamista vakavammiksi riippuvat työnantajan solmimasta työterveyshuoltosopimuksesta. Tarkastushavaintojen mukaan lievää mielenterveyshäiriötä potevat henkilöt ovat väliinputoajia. Heidän mahdollisuutensa saada asianmukaista psykososiaalista hoitoa tai psykoterapiaa ovat puutteelliset ja alueellisesti erilaiset¹²⁰.

Sairasvakuutuksen kehittämistä pohtinut työryhmä esitti mietinnössään, että myös muiden kuin lääkärin antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin, jos yksityisessä terveydenhuollossa toimiva lääkäri määräisi sen sairauden perusteella. Ehdotusta perusteltiin sillä, että näin turvattaisiin mielenterveyspalveluiden nopea saatavuus, mikä puolestaan tukisi ajatusta varhaisesta puuttumisesta (ehkäisystä).¹²¹ Hallitus päätti helmikuun lopulla 2009 pitämässään politiikkariihessä siirtää Kelan harkinnanvaraisen psykoterapiakuntoutuksen Kelan järjestämiskäytännön piiriin. Päätöstä perusteltiin sillä, että näin parannetaan merkittävästi psykoterapiapalveluiden saatavuutta.¹²² Ehdotuksilla ei kuitenkaan edistetä sitä, että työssä olevat saisivat lyhytterapiaa työterveyshuollossa. Tämä edellyttäisi työterveydenhuolto- ja sairausvakuutuslain muuttamista.

Kiintoisaa on myös se, että ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi esitetään uudelleen samaa kuin 2000-luvun alun Mielenterveyspalveluiden

¹¹⁹ Vrt. Alanen (2008)

¹²⁰ Vrt. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d)

¹²¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (2007b)

¹²² Sosiaali- ja terveysministeriö (2009c)

kehittämissuosituksessa: perustason mielenterveysosaamista kehitetään erikoissairaanhoidon konsultaation tuella¹²³. Ehdotus lisää terveyskeskusten hoidollista osaamista, mutta se ei tuo lisää resursseja ehkäisevään työhön.

Muut lait

Mielenterveyspalveluja ohjaavia muita lakeja koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että myös niitä tulisi uudistaa vastaamaan paremmin tätä päivää. Palveluiden siirtäminen organisaatiosta tai toimintayksiköstä toiseen vaikuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Asiakasmaksulainsäädäntö ei tunne lainkaan päiväsairaaloimintaa, osittaista ylläpitohoitoa eikä siinä ole ylipäänsä määritelty, mitä tarkoitetaan psykiatrisella hoidolla. On esimerkiksi kysyttävä, onko päiväsairaaloiminta ymmärrettävissä sarjassa annettavaksi lääkinnälliseksi kuntoutukseksi, jota annetaan sairaalan tai muun toimintayksikön tai terveyskeskusten erikoislääkärijohtoisen sairaalan poliklinikalla? Tai onko se ymmärrettävissä psykiatrisen avohoidon toimintayksikössä annettavaksi päivähoidoksi, josta ei saa periä maksua? Vai voidaanko päiväsairaaloiminta mieltää psykiatrian toimintayksikössä annettavaksi lyhytaikaiseksi laitoshoidoksi, josta voidaan periä maksua enintään 14 euroa hoitopäivältä? Tarkastushavaintojen mukaan osa tarkastuksen piiriin kuuluvista kunnista tulkitsee sen hoidoksi, josta voidaan periä asiakasmaksua.

Tarkastushavainnot viittasivat siihen, että kun kukin kunta tulkitsee asiakasmaksulainsäädäntöä omalla tavallaan, saattaa käydä niin, että joissakin kunnissa erikoissairaanhoidon kotityöryhmän palveluista joutuu maksamaan ja joissakin taas ei. Asiakasmaksupolitiikkaan sisällytetty tavoite lainsäädännön johdonmukaisuudesta, yksinkertaisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta¹²⁴ ei näyttäisi toteutuvan.

Tarkastushavainnot osoittivat, että hoitotakuu toimii vain osittain. Terveyskeskuksessa kiireellisen avun saanti ja lääkehoidon aloitus toimivat, ja erikoissairaanhoidossa potilaan hoidon tarve arvioidaan lain säätämässä enimmäisajassa ja nopeamminkin. Erikoissairaanhoidossa ongelman muodostaa jo seuraavan lääkärinvastaanottoajan saaminen ja hoidon jatkaminen. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että päivystyksestä on tullut se väylä, jonka kautta potilaat pääsevät nopeimmin erikoissairaanhoidon sisälle.

¹²³ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a); (2008b)*

¹²⁴ *StVL 3/1992 vp.*

Tarkastushavainnot viittaavat myös siihen, että jos masennuksen kiireettömän hoidon perusteita noudatetaan ja erikoissairaanhoidon tekee hoidon arvion määräajassa, saattaa erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy silti kestää lähes vuoden. Kiireettömän hoidon perusteiden ja Käypä hoito-suosituksen noudattaminen voikin aiheuttaa sen, että viive erikoissairaanhoidon hoitoon on liian pitkä. Seurauksena saattaa olla, että potilaan tilanne kroonistuu, ja se johtaa potilaan lopullisesti työelämän ulkopuolelle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Palveluasumiseen liittyvät pulmat

Psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisen myötä mielenterveyskuntoutujille suunnatut asumispalvelut ovat lisääntyneet. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, ettei mielenterveyspalveluja ohjaava lainsäädäntö tunne tehostettua palveluasumista. Lainsäädäntö on siten tältä osin puutteellinen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön tilastoissa ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuosituksessa¹²⁵ tehostettu palveluasuminen sen sijaan tunnetaan. Tarkastushavaintojen mukaan tilastojen ja kehittämissuosituksen käsitykset tehostetusta palveluasumisesta ovat kuitenkin sisällöllisesti erilaiset. Tämä merkitsee sitä, että tehostetut palveluasumisyksiköt saattavat olla hyvinkin erilaisia. Samoin niissä asuvien ihmisten toimintakyvyssä ja terveydentilassa saattaa olla suuria eroja. Lisäksi tehostetun palveluasumisen määritelmälliset erot vaikeuttavat palvelun piirissä olevien mielenterveyskuntoutujien määrän ja kustannusten seuranta.

Tarkastushaastattelut osoittivat, ettei lupalainsäädäntö tunne lainkaan kaksoislupaa eli sellaista tilannetta jossa yksityisellä palvelun tuottajalla täytyy olla sekä sosiaali- että terveydenhuollon lupa, jos hän tuottaa tehostettua palveluasumista eli asumispalveluyksikössä on henkilökuntaa paikalla ympärivuorokauden ja lääkehoito on merkittävä osa hoitoa. Lupatilastot osoittivat, että kaksoislupa oli harvalla tehostettua palveluasumista tarjoavalla yksityisellä sosiaalipalvelun tuottajalla. Tämä johtui osin lääninhallitusten erilaisista lupakäytännöistä ja valvontaresursseista.

Kiintoisaa oli, etteivät valvontaviranomaiset nostaneet keskusteluissa lainkaan esille tavallista palveluasumista, jolla tarkoitetaan sellaista asumispalveluyksikköä, jossa henkilökunta on paikalla vain päivällä. Tämä voi johtua siitä, että sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten nelivuotisissa tulossopimuksissa vuosina 2008–2011 on määritelty, että julkisten ja yksityisten palveluntuottajien ympärivuorokautista hoitoa ja hoi-

¹²⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)*

vaa antavien toimintayksiköiden (pitkäaikainen laitoshoido ja tehostettu palveluasuminen) valvontakäyntien määrää lisätään (ks. tarkemmin s. 93)¹²⁶. Kuitenkin tavallisissa asumispalveluyksiköissä kaksoislupien osuus oli lähes yhtä suuri kuin tehostetuissa palveluasumisyksiköissä. Tavallista palveluasumista tarjoavien yksiköiden ei kuitenkaan tarvitse hakea lääninhallituksen lupaa toimintansa aloittamiseen. Heidän edellytetään antavan vain kirjallisen ilmoituksen toimintansa aloittamisesta, sen olennaisesta muuttamisesta tai lopettamisesta sen kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle monijäseniselle toimielimelle, jossa he antavat palvelua¹²⁷. Tälle kunnalle kuuluu myös asumispalveluyksikön valvonta.

Tarkastushavaintojen mukaan lääninhallitukset käyttivät mielenterveyskuntoutujien asumisen ja kuntoutuksen kehittämissuosituksista¹²⁸ perustana, jonka nojalla ne myöntävät ympärivuorokautista toimintaa harjoittaville yksityisille sosiaalipalvelujen tuottajille toimintaluvan. Osa kunnista ilmoitti puolestaan soveltavansa suositusta kilpailuttaessaan asumispalveluja. Tarkastushavainnot vahvistivat näin jo tiedossa olevan asian: osa kunnista hyödyntää vain osia suosituksista. Tarkastushavainnot osoittivat, että tehostettujen palveluasumisyksiköiden etukäteisvalvonnassa on puutteita, mutta ne myös viittaavat siihen, että tavallisten palveluasumisyksiköiden valvontaa pitäisi lisätä.

Asumista ja kuntoutusta koskevassa kehittämissuosituksessa ja palveluita koskevissa tilastoissakin tavallinen palveluasuminen erotetaan tehostetusta palveluasumisesta lähinnä ympärivuorokautista valvontaa koskevalla kriteerillä. Kun kaksoislupien osuus myös tavallista palveluasumista tarjoavissa asumispalveluyksiköissä on suhteellisesti lähes yhtä suuri kuin tehostetussa palveluasumisessa, viittaavat tarkastushavainnot siihen, että tavallisen palveluasumisen piirissä saatetaan hoitaa toimintakyvyltään samanlaisia mielenterveyskuntoutujia kuin tehostetuissa palveluasumisyksiköissä. Pulmallista on, ettei Suomessa ole julkaistu valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa siitä, millaisia kuntouttavia palveluja asumispalveluyksiköt mielenterveyskuntoutujille tarjoavat. Meitä puuttuu myös tietoa siitä, millaisia mielenterveyskuntoutujia erilaisissa asumispalveluyksiköissä asuu.

Mielenterveyslain viidennettä pykälää voi tulkita siten, että tuki- ja palveluasuminen on yksi kuntoutumiskeino. Tarkastushavaintojen mukaan palveluasumisyksiköiden katsottiin kuitenkin muodostuneen lakkautettu-

¹²⁶ <http://www.stm.fi>>vastuualueet>sosiaaliturva ja rahoitus>talous- ja toimintasuunnitelma>tulossopimukset 2008

¹²⁷ L 691/2005 6 §

¹²⁸ Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)

jen B-mielisairaaloiden tyyppisiksi laitoksiksi. Havainto viittaa siihen, että laitospalveluiden purku on merkinnyt lähinnä pitkäaikaisen sairaalahoidon korvaantumista toisella avohoidollisella laitoshoidolla¹²⁹. Havainto viittaa myös siihen, ettei tuki- ja palveluasumiseen sisältyvä tavoitteenasettelu, ajatus stepeistä (sairaalaan ensin tehostettuun palveluasumiseen, sieltä palveluasumisen piiriin, sieltä taas tuettuun asumiseen ja lopuksi mahdollisesti itsenäiseen asumiseen), oikein toimi.

Asumispalveluiden laatua ja vaikuttavuutta onkin kritisoitu. Osassa palveluasumisyksiköistä kuntouttavan otteen on katsottu olevan liian heikko¹³⁰. Kritiikki on kohdistunut sekä palveluasumisyksiköissä järjestettävään toimintaan että niiden henkilöstöön. Vaikka palveluasumisyksiköissä kuntoutujille pitäisi tarjota monipuolista päivätoimintaa¹³¹, niin niiden toiminnassa painottuvat päivittäin ja viikoittain lähinnä arkirutiinien pyörittäminen: siivous, ruoanlaitto ja harrastetoiminta. Henkilöstön osalta on asetettu kyseenalaiseksi se, onko terveydenhuollon ammattiryhmiin painottuva henkilöstörakenne paras vaihtoehto kuntoutujien kuntouttamisessa.¹³²

Työterveyshuoltosopimukseen liittyvät ongelmat

Vaikka työterveyspalveluiden kattavuus näyttää olevan Suomessa huippuluokkaa, osoittivat tarkastushavainnot, että työterveyshuollon mahdollisuudet todellisuudessa hoitaa työikäisten ja työelämässä mukana olevien mielenterveyshäiriöitä ovat jossain määrin rajalliset. Tarkastushavaintojen mukaan tämä johtui työnantajien solmimien työterveyshuoltosopimusten sisällöistä, johon myös OECD kiinnitti huomiota viime vuoden marraskuussa antamissaan Suomea koskevilla politiikkasuosituksissaan¹³³. Työterveyshuoltosopimusten erilaiset sisällöt asettavat myös työntekijät eriarvoiseen asemaan toisiinsa nähden.

Työterveyshuoltolain mukaan sairaanhoidolliset ja muut terveydenhuollon palvelut ovat työnantajille vapaaehtoisia, mutta ennalta ehkäisevät työterveyshuoltopalvelut ovat pakollisia. Vaikka tarkastushaastattelut osoittivat, että valtaosa työnantajien solmimista työterveyshuoltosopimuksista sisälsi myös sairaanhoidon, oli sairaanhoitopalvelujen käyttöä saatettu rajoittaa eri tavoin.

¹²⁹ Vrt. Wahlbeck & Pirkola (2008)

¹³⁰ Vrt. Wahlbeck & Tuori (2009); Saarni (2008)

¹³¹ Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)

¹³² Salo & Kallinen (2006)

¹³³ OECD (2008)

Vaikka työterveysyksiköillä on mahdollisuudet tarjota työterveyslääkärin ja -hoitajan ohella myös psykologin palveluja, kaikkiin työterveydenhuoltosopimuksiin psykologin palvelut eivät sisälly. Tällöin mahdollisuus käyttää työpsykologia lievien mielenterveyshäiriöiden hoidossa on pois suljettu. Kaikkiin sopimuksiin ei myöskään sisälly psykiatrin konsultaatioita eikä mielenterveyshäiriöiden diagnostisoinnissa tarvittavia laboratoriotutkimuksia. Koska edellä mainitut palvelut eivät välttämättä sisälly työterveyshuollon sairaanhoidon palvelukokonaisuuteen, joutuvat ihmiset hakemaan tarvitsemansa palvelut muualta: joko kunnalliselta tai yksityiseltä puolelta. Tarkastushavaintojen mukaan Kelan sairausvakuutuskorvausjärjestelmä ohjaa työntäjän tavallaan osaoptimoimaan solmimansa työterveyshuoltosopimuksen sisällön. Mahdollisuus osaoptimointiin perustuu siihen, että työterveyshuolto ja perusterveydenhuolto sijaitsevat samalla hoidon portaalla. Tällöin työikäisillä työelämässä mukana olevilla ihmisillä on kaksi omalääkärinä. Mahdollisuus kahden omalääkärin samanaikaiseen käyttöön johtaa kuitenkin työntekijöiden "pompotteluun luukulta toiselle" ja erilaisten kiertoteiden etsintään.

Esimerkiksi jos työntekijä ei halua maksaa itse psykiatrin konsultaatiota, työterveyslääkäri lähettää työntekijän julkiselle puolelle erikoissairaanhoidon konsultoitavaksi tai sitten työntekijä pyrkii konsultaatioon terveyskeskuksen kautta. Käytännössä terveyskeskuksen omalääkärille voi joutua odottamaan 1–2 viikkoa, tutkimuksiin jonottamisaika voi olla päivästä pariin kuukauteen tarvittavan tutkimuksen mukaan, tutkimustulosten saanti voi kestää parista päivästä viikkoon ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä tuloksia kuuntelemaan voi joutua odottamaan 1–2 viikkoa. Koska oikean lääkehoidon määrittämisprosessi voi kestää, saattaa tämä ehkäistä asianmukaisen hoidon aloittamista. Valtion näkökulmasta tämä voi johtaa mielenterveyshäiriöiden yhteiskunnallisten kokonaiskustannusten kasvuun.

Tämä johtuu siitä, että jos tarpeenmukaista hoitoa ei saada nopeasti aloitettua, saattaa potilaan työkyky heikentyä. Tällöin voidaankin jo tarvita järeämpiä hoitotoimenpiteitä. Jos hoidon saanti pitkittyy, saattaa työntekijä myös tarvita sairauslomaa ja muita terveyspalveluja. Lisäksi työntekijöiden "pompottelu" tuottaa tehottomuutta. Työntekijä kuormittaa samanaikaisesti sekä työterveyslääkärinä että terveyskeskuslääkärinä, ja valtio korvaa näistä molemmista aiheutuneita kustannuksia. Työnantajan näkökulmasta puolikuntoinen työntekijä ei myöskään kykene toimimaan tehokkaasti ja hänen tuottavuutensa laskee. Samalla riski siitä, että työntekijä menettää työpaikkansa, helposti kasvaa.

Kahden yleislääkäritasoista hoitoa antavan organisaation rinnakkaisuuden myönteisenä vaikutuksena voidaan kuitenkin pitää muun muassa uudessa terveydenhuoltolaissa korostettua valinnanvapautta. Työntekijällä

on vapaus valita, maksaako hän itse tarvittavat tutkimukset ilman Kela-korvausta vai haluaako hän tutkimukset ilmaiseksi. Maksuttomuutta vastaan hän joutuu kuitenkin tinkimään asianmukaisen hoidon aloitusaikataulusta. Toiseksi hänellä on vapaus valita, jatkaako hän hoitoaan työterveyslääkärillä vai terveyskeskuksessa omalääkärillään.

3.2 Informaatio-ohjaus mielenterveyspalveluissa

Tiedolla ohjaamisen eli informaatio-ohjauksen rooli on vahvistunut mielenterveyspalveluissa viimeisten runsaan 15 vuoden aikana. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt ja ohjannut mielenterveyspalveluja erilaisilla kehittämishankkeilla, oppailla, suosituksilla, hyvillä käytännöillä, tilastoilla jne.¹³⁴ Eduskunnan tarkastusvaliokunta nosti mietinnössään "Informaatio-ohjauksen toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa"¹³⁵ merkittäväksi ongelmaksi sen, ettei tietoon ja suosituksiin perustuva ohjaus ole sitovaa. Samaan asiaan on kiinnittänyt huomiota myös Valtiontalouden tarkastusvirasto omissa tarkastuskertomuksissaan¹³⁶. Osa kunnista toimii suositusten mukaisesti, osa hyödyntää vain osia suosituksista ja jotkin kunnista eivät sovelle suosituksia lainkaan palveluja järjestäessään¹³⁷. Tarkastushaastattelujen mukaan vain sellaisia ohjeita ja suosituksia katsotaan ja sovelletaan, joiden koetaan olevan oman työn kannalta tarpeellisia.

Tarkastushaastattelut vahvistivat näin jo aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia informaatio-ohjauksen vaikuttavuudesta¹³⁸. Haastateltavien mukaan informaatiota tulee liikaa ja se on liian yleisluonteista, jotta siitä saisi konkreettista apua. Haastateltavat kaipasivat sitä, että informaatio olisi jo valmiiksi pureskeltua ja kohdennettua. Haastatteluissa nousi esille myös se, että kuntakentällä toimijat tarvitsevat ministeriöstä selkeämpää ohjausta sellaisissa tapauksissa, joissa samaa aihetta käsittelevät tiedot ovat osin ristiriitaisia keskenään. Esimerkiksi sosiaali- ja terveys-

¹³⁴ Esimerkiksi Stakes (1994); Koivunen (2000); Sosiaali- ja terveysministeriö (2000); Sosiaali- ja terveysministeriö (2001); Kiikkala & Immonen (2002); Immonen ym. (2003); Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a); Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a); Mielenterveysindikaattorit

¹³⁵ Tarkastusvaliokunnan mietintö (2008)

¹³⁶ Esim. Valtiontalouden tarkastusvirasto (2006); Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008a)

¹³⁷ Tarkastusvaliokunnan mietintö (2008); Stenvall & Syväjärvi (2006)

¹³⁸ Stenvall & Syväjärvi (2006)

ministeriön mielenterveyskuntoutujien asumispalvelua koskevassa kehittämissuosituksessa¹³⁹ ja Mielenterveyden keskusliiton vastaavassa suosituksessa¹⁴⁰ korostetaan molemmissa koulutetun ja moniammatillisen henkilöstön olevan tärkeä kuntoutumista edistävä tekijä. Henkilöstöä koskevat käsitykset eroavat kuitenkin siinä, että sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa painotetaan terveydenhuollon koulutusta (lähihoitaja tai mielenterveyshoitaja), kun taas Mielenterveyden keskusliiton kehittämissuosituksessa painotetaan enemmän sosiaalialan koulutusta ja vertaistukea. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa vertaistuki nähdään enemmänkin kuntouttavana palveluna.

3.2.1 Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2000 mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituks¹⁴¹, jossa yhtenä kehittämistoimenpiteenä suositeltiin kuntakohtaisten tai alueellisten mielenterveyspalvelujen kokonaissuunnitelmien laatimista osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaohjelmia. Koska suositus ei näyttänyt käytännössä johtavan toivottuun suuntaan, antoi sosiaali- ja terveysministeriö seuraavana vuonna "Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen"¹⁴². Siinä kuntien mielenterveystyön kokonaissuunnitelman laadinnalle asetettiin aikaraja; niiden tuli olla valmiita viimeistään 31.12.2001. Vuoteen 2005 mennessä kuitenkin vain joka neljäs kunta oli ottanut käyttöönsä mielenterveystyön strategian tai ohjelman.¹⁴³

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa tulos oli hieman parempi. Viidessä kunnassa kahdeksasta oli tehty mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Näistä kolmessa mielenterveystyön kokonaissuunnitelma oli laadittu nyt vasta ensimmäisen kerran, ja se koski vuosia 2009–2012. Yhdessä kunnassa kokonaisuussuunnitelmaa päivitettiin parastaikaa, ja yhdessä kunnassa suunnitelma oli päivittämättä eikä sitä aiottu päivittää. Tämä johtui siitä, että kunnassa oli laadittu vuonna 2003 turvallisuus- ja hyvinvointistrategia, jonka katsotaan toimivan myös mielenterveystyön kokonaissuunnitelman pohjana. Vaikka kunnassa ei ole enää erillistä mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa, siellä laadittiin haastatteluajankohtana kuitenkin ehkäisevän mielenterveystyön suunnitelmaa. Ehkäisevä mielenterveystyö oli yksi alue, joka vuoden 2000 suosituksen mukaan tulee ko-

¹³⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)*

¹⁴⁰ *Salo & Kallinen (2006)*

¹⁴¹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2000)*

¹⁴² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001)*

¹⁴³ *Harjajärvi ym. (2006)*

konaissuunnitelmassa huomioida, joten kunnassa suosituksesta sovelletaan vain osia.

Kolmessa tarkastuskunnassa kokonaissuunnitelmaa ei ole laadittu lainkaan. Kahdessa näistä suunnitelmaa ei ole tehty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevien uudistusten takia, ja yhdessä kunnassa varsinaisen mielenterveystyön kokonaissuunnitelman sijasta on tehty esite, jossa kuvataan yksityiskohtaisesti kunnassa tarjottavat mielenterveyspalvelut (toimintayksikössä tarjottavat hoidot, vastuuhenkilöt, aukioajat), henkilöstö, meneillään olevat hankkeet, tavoitteet ja ostopalvelut. Haastattelussa mielenterveystyön kokonaissuunnitelman puuttumista perusteltiin sillä, ettei ole mielekäästä toistaa samoja asioita dokumentista toiseen. Edellä mainittu mielenterveyspalveluiden vastuualueen toimintoja koskeva esite perustuu kunnassa jo aikaisemmin tehtyihin mielenterveystyön kehittämissuunnitelmiin. Kuntalaisten näkökulmasta esite helpottaa mielenterveyspalveluiden käyttöä, joka on ollut yksi kokonaissuunnitelman tavoitteista¹⁴⁴.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa kokonaissuunnitelma nähdään välineeksi kehittää mielenterveyspalvelujen laatua¹⁴⁵. Tarkastuskuntien suunnitelmien tarkastelu osoitti kuitenkin, että laatu järjestelmien kehittäminen näyttää niissä jääneen retoriikan tasolle. Kaikkien viiden kunnan kokonaissuunnitelmille on yhteistä se, että niissä kuvataan palveluiden käyttöä (nykytilanne), palvelurakennetta ja yhteistyökumppaneita. Osassa suunnitelmista kuvataan myös henkilöstöresursseja, menoja, tavoitteita ja toimenpiteitä sekä toimenpiteiden toteutuksesta vastaavat tahot. Tältä osin suunnitelmat vastaavat siten hyvin suosituksessa esitettyjä asioita.

Suunnitelmien ongelmana on kuitenkin se, ettei tavoitteiden toteutumista edistäviä toimenpiteitä ole kirjoitettu auki; esimerkiksi sitä, miten tavoite työikäisen väestön kriisityön kehittämisestä aiotaan toteuttaa. Tavoitteiden toteutumisen vastuutahot määritellään sektoreittain ja organisaatioittain (esimerkiksi terveystoimi, perusterveydenhuolto) mutta ei vastuutahoa perusterveydenhuollossa (esimerkiksi lääkäri vai masennushoitaja). Suunnitelmista ei myöskään löydy minkäänlaista aikataulua kehittämissuunnitelmille: asetettujen tavoitteiden toteuttamista ei ole asetettu tärkeys- tai kiireellisyysjärjestykseen.

¹⁴⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001)*

¹⁴⁵ *Emt.*

3.2.2 Käypä hoito -suositukset ja kiireettömät hoidon kriteerit

Suomessa näyttöön perustuvia Käypä hoito -suosituksia on laadittu vuodesta 1994 lähtien. Niiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihteluita. Suositukset toimivat lääkärille työn tukena sekä perustana alueellisten hoito-ohjelmien ja yhtenäisten kiireettömän hoidon kriteereille. Tarkastuksen piiriin kuuluneiden työterveysyksiköiden edustajien haastattelujen perusteella ne toimivat perustana myös työterveysyksiköissä rakennetuille masennuksen hoitopoluille tai hoitomalleille. Psykiatrian erikoisalalla Käypä hoito -suosituksia oli laadittu vuoden 2009 alkuun mennessä seitsemän¹⁴⁶. Lisäksi vuoden 2009 alkupuolella ilmestyi työterveyshuollolle kohdistettu Depression hyvät käytännöt -suositus¹⁴⁷.

Osa työterveysyksiköiden ja kuntien sekä lääninhallitusten haastateltavista katsoi, että Käypä hoito -suositusten laadinta on hyvä asia. Niitä käytetään tarvittaessa, ja konkreettisuudessaan ne tukevat ja selkiyttävät asioita¹⁴⁸. Haastattelut osoittivat, että esimerkiksi aikuispsykiatriassa masennuksen hoitoon tehdyt kiireettömät hoidon perusteet toimivat. Lievät ja keskivaikeat masennukset hoidetaan terveyskeskuksessa ja työterveyshuollossa; vaikeat ja lääkeresistentit masennukset erikoissairaanhoidossa. Kaikki terveyskeskus- ja työterveyslääkärit katsoivat, että lievät masennukset, uupumiset ja ahdistuneisuusoireet ovat hoidettavissa perustasolla.

Haastatteluissa nousi esiin kuitenkin se, että potilas voidaan lähettää erikoissairaanhoidon poliklinikalle nopeammin kuin hoitosuositus suosittelee. Haastattelujen perusteella kysymys oli enemmän terveyskeskusten henkilöstöresurssien riittämättömyydestä kuin siitä, ettei terveyskeskuksessa olisi riittävästi asiantuntemusta. Esimerkiksi terveyskeskuslääkäri ei välttämättä ehdi ottaa akuuttivaiheessa olevaa masennuspotilasta vastaan 1–2 viikoin välein kuten hoitosuosituksessa suositellaan. Käytännössä viikon parin välein tapahtuva seuranta merkitsee sitä, että muiden potilaiden odotusaika pitkittyy.

Erikoissairaanhoitoon lähettämisessä ennakoidaan myös Kelan sairauslomasäädöksiä. Kela voi myöntää sairauspäivärahaa A-todistuksen perusteella enintään 60 arkipäivää. Jos sairausloman tarve jatkuu yli 60 työpäivän, Kela edellyttää, että erikoislääkäri arvioi sairauspäivärahaa saavan

¹⁴⁶ Psykiatrian erikoisalalle on laadittu suosituksia depression, epävakaan persoonallisuuden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, lasten ja nuorten syömishäiriöiden, liikunnan, skitsofrenian ja unettomuuden hoitoon.

¹⁴⁷ Depression. Työterveyshuollon hyvät käytännöt

¹⁴⁸ Vrt. Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008a)

henkilön kuntoutustarpeen. Erikoislääkärin kirjoittaman B-todistuksen perusteella Kela tekee sairauspäivärahan jatkopäätöksen. Haastateltavien mukaan tämä on käytännössä johtanut paineeseen ohjata ihmiset automaattisesti erikoissairaanhoidon jo ennen kolmen kuukauden sairausloman täyttymistä. Joissain kunnissa ja työterveysyksiköissä ihminen ohjataan automaattisesti erikoislääkärin konsultaatioon tai erikoislääkärin konsultaatiota aletaan harkita kahden kuukauden sairausloman jälkeen. Joissakin kunnissa taas erikoislääkärin konsultaatioon turvaututaan vasta sairausloman kestätyä yli 3 kuukautta.

Kelan sairauslomasäädöksiä koskevilla keskusteluilla työterveysyksiköiden edustajat nostivat esille myös Kelan toimistojen erilaiset B-todistusta koskevat toimintakäytännöt. Yhdessä kunnassa Kela edellyttää, että B-todistus on laadittu kahden kuukauden sisällä. Toisessa kunnassa Kela on taas saattanut pyytää B-todistusta jo neljän viikon sairauslomasta.

Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaan masennustilojen akuuttihoidossa erityisiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat. Näitä suositellaan käytettäväksi joko vaihtoehtoisina tai yhtäaikaaisesti ja näiden rinnalla korostetaan myös psykososiaalisen tuen tarjoamisen tärkeyttä. Haastattelut osoittivat, että työterveyshuollossa ja terveyskeskuksessa masennustilojen akuuttivaiheessa ensimmäinen hoitomuoto on yleensä pelkkä lääkehoito. Terveyskeskuksessa tämän voi katsoa johtuvan osaamisen puutteesta ja kiireestä, mutta joissakin kunnissa osin myös tehdyistä organisaatiouudistuksista. Esimerkiksi yhdessä tarkastuskunnassa perustason mielenterveyspalvelut (psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit ja psykiatrit) oli siirretty uuteen kunnan perustamaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Psykiatrista osaamista oli siten tietoisesti vähennetty perustasolta.

Työterveyshuollossa lääkehoidon ensisijaisuuden voi mieltää johtuvan seuraavista kolmesta asiasta. Ensinnä työterveyshuoltoa ohjaavat lait (työterveyslaki ja sairausvakuutuslaki) estävät psykoterapian hyödyntämisen työterveyshuollossa. Toiseksi vain harvalla työterveyslääkärillä on psykoterapeutin pätevyys. Esimerkiksi tarkastuksen piiriin kuuluneista työterveysyksiköistä vain yhden yksikön työterveyslääkäri pystyi antamaan kognitiivista psykoterapiaa ja sitäkin vain kaikkiaan 3–4 kertaa. Kolmanneksi työnantajien solmimat työterveyshuoltosopimukset vaikuttavat siihen, miten lieviä ja keskivaikeita masennuksia työterveyshuollossa voidaan hoitaa.

Sekä työterveyslääkärien että terveyskeskuslääkärien haastattelujen mukaan potilaita kehoitetaan kääntymään oman terveysasemansa puoleen sitä herkemmin, mitä suppeampi työntekijän työterveyshuoltosopimus on. Näin käy varsinkin, jos perusterveydenhuollosta on saatavissa psykoterapiaa. Haastateltavien mukaan työterveyshuollon asiakas saadaan esimer-

kiksi kunnallisen palvelujärjestelmän tarjoaman lyhytterapian piiriin kehittämällä häntä hakeutumaan omalääkärin vastaanotolle ja tiedustelemaan mahdollisuutta päästä lyhytterapiaa antavalle psykologille. Omalääkärin on tällöin tarvittaessa ohjattava potilas oman terveysasemansa psykologille, koska kuntalaiset ovat oikeutettuja saamaan tarpeensa mukaisia terveyspalveluja.

Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaan perusterveydenhuollossa hoidettavat henkilöt, jotka potevat keskivaikeaa masennusta, tarvitsevat usein sairauslomaa, mutta lievää masennusta potevat vain joskus. Suosituksen mukaan alle kahden viikon sairauslomasta on harvoin hyötyä, ja vaikeassa masennuksessa sairauslomaa saatetaan tarvita useiden kuukausien ajan.

Kelan sairausvakuutusilastojen mukaan vuosina 2003–2006 mielialahäiriöiden (F30-F32) takia sairauspäivärahaa saaneiden potilaiden sairausloman kesto oli ollut keskimäärin 13–30 päivää¹⁴⁹. Masennuksen Käypä hoito -suosituksen sairauslomaa koskeva suositus näyttäisi siirtyneen siten varsin hyvin käytäntöön. Työterveys- ja terveyskeskuslääkärin haastattelut puolestaan osoittivat, että lääkärit noudattivat lievien masennusten hoidossa hyvin alle kahden viikon suositusta. Jos lievissä tapauksissa sairauslomaa tarvitaan, sitä kirjoitetaan maksimissaan yksi kuukausi eikä sitä kirjoiteta kerralla. Yleensä potilaalle kirjoitetaan kahden viikon sairausloma, ja sen jälkeen hänellä on ensimmäinen lääkärin kontrollikäynti. Jos lääkehoito on tehonnut, niin osassa työterveysyksiköistä seuranta siirretään työterveyshoitajalle. Toinen käytäntö on, että työterveyslääkäri seuraa itse tilannetta aluksi ehkä kuukauden välein ja sitten harvemmin. Terveyskeskuksessa lääkehoidon seuranta ei siirretä mihinkään, vaan jos lääkäri toteaa, ettei sairauslomaa enää tarvita, hän antaa potilaalle ohjeet siitä, miten lääkitys jossain vaiheessa tulee lopettaa.

Masennuksen Käypä hoito -suositus toteutuu hyvin myös sekä työterveys- ja terveyskeskuksissa sairausloman aikaisen seurannan osalta. Haastateltavien mukaan potilaaseen pidetään yhteyttä sairausloman aikana puhelimitse, sähköpostilla tai potilaalle varataan aika esimerkiksi työpsykologille, työterveyslääkärille tai työterveyshoitajalle. Haastatellut työterveyslääkärit totesivat, ettei potilasta jätetä pitkäksi aikaa yksin, vaan hänet pyritään pitämään työterveyshuollon "hyppysissä". Kyse on hoidollisen ulottuvuuden jatkumisesta sairausloman aikana, ja myös sen kuulo-telemisesta, olisiko työntekijän aika palata töihin. Terveyskeskuslääkäri korosti, että kysymys on osin potilaan hoitoon sitoutumisen varmistamisesta.

¹⁴⁹ *Kelan sairausvakuutusilasto 2004; 2005; 2006; 2007*

Osassa työterveyslääkärien haastatteluja nousi esille kysymys psykiatrien kirjoittamien sairauslomien pituudesta. Haastateltujen mukaan kyse ei ole siitä, että psykiatrit kirjoittaisivat niitä liian herkästi, vaan enemmänkin siitä, että he kirjoittavat herkästi *liian pitkiä* sairauslomia. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa työterveysyksiköissä asiaan on yritetty puuttua muun muassa siten, että yksityisiä psykiatreja käytetään harvoin. Jos ulkopuolisen psykiatrin konsultaatioon joudutaan turvautumaan, niin silloin ihminen yritetään saada sellaiselle psykiatrille, jonka tiedetään pyrkivän pitämään hänet työelämässä. Haastateltavien mukaan tällaisia psykiatreja on kuitenkin vaikea löytää.

Masennusta ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä koskevassa kiireettömän hoidon perusteessa ei puhuta jatkohoidosta vaan jatkoseurannasta. Suosituksen mukaan potilas voidaan siirtää psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siinä vaiheessa, kun hän on saanut asianmukaisen hoidon, hänen tilansa on riittävän vakaa ja jatkohoito on järjestetty hoitosuosituksen mukaisesti.¹⁵⁰ Haastateltujen mukaan potilas voidaan kuitenkin siirtää myös suoraan sosiaalitoimen järjestämien asumispalveluiden piiriin. Tällöin perusterveydenhuollolla, lähinnä omalääkärillä, ei välttämättä ole lainkaan tietoa potilaasta.

Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa perusterveydenhuollossa toteutettaviksi jatkohoitomuodoiksi ymmärretään lääkehoito ja psykoterapia. Ongelmallista on kuitenkin se, että hoidon porrastuksen mukaan erikoissairaanhoidossa hoidettavat potilaat ovat vaikeasti masentuneita ja ovat tästä syystä saattaneet olla jo pidemmän aikaa pois työelämästä. Tällöin lääkehoito ja/tai psykoterapia jatkohoitona ei yksin riitä. Näiden ihmisten työelämäänsä palauttamiseksi tai elämänlaadun kohentamiseksi tarvitaan usein myös muita kuntouttavia toimenpiteitä. Haastatteluissa esiin nousseita kuntoutustoimenpiteitä olivat esimerkiksi asumispalvelut, ohjattu päivä- ja työtoiminta ja ammatillinen kuntoutus. Kuntoutustoimenpiteet olivat samoja, joita kiireettömän hoidon perusteissa suositellaan psykoosiin sairastuneille aikuispsykiatrisille potilaille perusterveydenhuollossa¹⁵¹ mutta joita ei suositella Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa. Työterveyshuollolle kohdennetussa Depression hyvät käytännöt -suosituksessa¹⁵² sitä vastoin suositellaan yhdeksi potilaan kuntoutustoimenpiteeksi ammatillista kuntoutusta.

¹⁵⁰ *Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (aikuispsykiatria) (2005b)*

¹⁵¹ *Psykoosit (aikuispsykiatria) (2005)*

¹⁵² *Depressio. Työterveyshuollon hyvät käytännöt*

3.2.3 Hoito- ja palveluketjut

Nykyisessä hallitusohjelmassa yhdeksi kuntapolitiikkaa koskeväksi tavoitteeksi on asetettu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalihuollon saumattomien palveluketjujen parantaminen¹⁵³. Ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi saumattomat palveluketjut nähdään keinoksi, jolla voidaan edistää toimivien palvelukokonaisuuksien muodostumista¹⁵⁴. Sovittamalla sosiaali- ja terveystalouden yhteinen nykyistä tiiviimmin ja poistamalla tai madaltamalla ammattiryhmien ja organisaatioiden välisiä raja-aitoja, voidaan potilaan tai asiakkaan kaikki palvelut yhdistää yhdeksi joustavaksi ketjuksi tai kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toimintayksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja. Saumattomilla palveluketjuilla voidaan vähentää toimintojen päällekkäisyyttä, tehostumusta ja puutteita mutta vähentää mahdollisesti myös hoidon kustannuksia. Hoito- ja palveluketjuilla voidaan lisätä myös palvelujen asiakaskeskeisyyttä, joustavuutta ja saatavuutta.¹⁵⁵

Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja hoitosuosituksiin perustuvia toimintakäytäntöohjeita. Hoitoketjun laatimista koskevassa oppaassa korostetaan, että ketjun kuvaus aloitetaan ensikontaktista eli siitä tilanteesta, kun potilas ottaa yhteyttä johonkin perusterveydenhuollon yksikköön. Ketjun tulee puolestaan päättyä siihen yksikköön, johon potilaan hoito päättyy. Ketjun kuvaamisprosessiin tulisi valita mukaan sellaisia ammattiryhmiä, jotka osallistuvat potilasryhmän tutkimukseen, hoitoon, kuntoutukseen ja näihin liittyvään ohjaukseen.¹⁵⁶ Ohjeen mukaan ketjun laadintaan tulisi siten osallistua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ohella myös muun muassa työterveyshuollon, sosiaalitoimen, yksityisten palveluntuottajien ja työhallinnon edustajia. Koska mielenterveyspotilaiden jatkopaikka saattaa olla myös sosiaalitoimessa, voi ketjun viimeinen hoitoyksikkö olla myös jokin sosiaalitoimen asumispalveluyksikkö.

Tarkastushavaintojen mukaan skitsofrenian ja masennuksen hoitoketjujen muodostamisessa hoitoketju-oppaan ohjeita oli kunnissa ja sairaanhoitopiireissä sovellettu hyvin vaihtelevasti. Osa lääninhallituksista olikin sitä mieltä, että hoitoketjut ovat mielivaltaisia ja pirstaleisia. Tarkastuksen piiriin kuuluneiden kuntien ja niiden sairaanhoitopiirien, joiden jäsenkuntia

¹⁵³ *Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma (2007)*

¹⁵⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)*

¹⁵⁵ *HE 33/2000 vp; Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)*

¹⁵⁶ *Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon (2006)*

tarkastuksen piiriin kuuluneet kunnat ovat, hoitoketjujen tutkiminen vahvasti lääninhallitusten edustajien esittämän näkemyksen.

Tämä näkyi konkreettisesti tarkastuskuntien ja niiden sairaanhoitopiirien tekemistä hoitoketjuista. Osa kunnista noudattaa alueellista (sairaanhoitopiirin) hoitoketjua, osa on tehnyt itselleen omat hoitoketjut, ja jotkut kunnat noudattavat sekä omia että alueellisia hoitoketjuja. Yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa kunnassa ei ollut lainkaan omaa eikä myöskään sairaanhoitopiirin tekemää hoitoketjua masennuksen tai skitsofrenian hoitoon.

Hoitoketjujen sisällöt ovat myös erilaisia. Niillä voidaan tarkoittaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä työnjakoa masennuksen tai skitsofreniapotilaiden hoidossa, mutta hoitoketjulla voidaan tarkoittaa myös vain perusterveydenhuoltoa. Lisäksi hoitoketjuun voi sisältyä myös sosiaalityö. Tarkastushavainnot osoittivat, että saman sairaanhoitopiirin sisällä saman sairauden hoidosta on tehty sisällöllisesti erilaisia hoitoketjuja.¹⁵⁷ Tämä kuvaa sitä, miten erilaisia mielenterveyspotilaiden hoitoon käytettävät resurssit eri alueilla ovat.

Pari sosiaalityön edustajaa nosti haastatteluissa esille hoito- ja palveluketjujen perusongelman. Palveluprosesseja tai -ketjuja on avattu ja kuvattu, mutta "ketjutyön" ongelmana on se, että ne on kuvattu toiminnollisella tai vastuualueen sisällä. Sen sijaan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujan tai mielenterveyspalveluja käyttävän asiakkaan palveluketjua yli hallinnollisten organisaatorajojen ei ole kuvattu samassa A4:ssä. Sosiaalityö kuvaa mielenterveyskuntoutujan asumispalveluprosessin, ja terveys-toimi kuvaa mielenterveyspotilaan hoitoprosessin ja yhdessä sitten katsotaan kahdesta A4:stä, miten asiakas siirtyy palvelusta toiseen.

3.2.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Tarkastuksessa selvitettiin informaatio-ohjauksen toimivuutta kartoittamalla muutamaa keskeistä mielenterveyspalveluiden kehittämistä ja käytännön toimintaa ohjaavaa suositusta. Mielenterveyspalveluiden kehittämisen suosituksista tarkasteltiin mielenterveystyön kokonaissuunnitelman käyttöönottoa ja käytännön toimintaa ohjaavista työvälineistä Masennuksen Käypä hoito -suositusta, työelämän näkökulmasta Depression hyvät käytännöt -suositusta, yhtenäisiä kiireettömän hoidon kriteereitä ja alueellisia hoito- ja/tai palveluketjuja.

¹⁵⁷ *Alueelliset hoitoketjut; Skitsofrenia; Masennus; Depressio*

Suosituksia koskevat tarkastushavainnot osoittivat niiden siirtyneen teoriasta käytäntöön varsin hyvin. Tarkastushavainnot myös tukivat jo aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Informaatiota tulee liikaa, ja se on liian yleistä, jotta siitä olisi aina käytännön hyötyä. Haastateltavat kaipaavat valmiiksi pureskeltuja, kohdennettuja ja yhdenmukaisia tietoja yleisen informaation sijaan.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, että työterveyshuoltoa koskevat suositukset olisi hyvä kohdentaa suoraan myös työnantajille esimerkiksi henkilöstöhallintoon. Tämä saattaisi edistää suositusten parempaa toteutumista. Nyt tämä tieto välittyy työnantajille vain työterveyshuollon kautta.

Mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa on yritetty ajaa kunnissa läpi koko 2000-luvun mutta maanlaajuisesti melko huonolla menestyksellä¹⁵⁸. Tarkastuskunnissa tulos oli sen sijaan parempi. Vain kahdessa kunnassa kahdeksasta ei ollut tehty minkäänlaista suunnitelmaa. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että suunnitelman olemassaoloa tärkeämpää on suunnitelman sisältö. Jos siihen kirjataan retorisesti samoja asioita yhä uudelleen ilman, että mietitään, miten toimintaa yritetään parantaa ja ilman, että kehittämistoimenpiteitä asetetaan jonkinlaiseen tärkeys- tai kiireellisyysjärjestykseen, suunnitelmaa ei kyetä käyttämään systemaattisena kehittämisen välineenä. Tällöin ne jäävät ilman poliittista painoarvoa, ja ratkaisuja tehdään intressietujen ja ristiriitojen paineessa¹⁵⁹. Tarkastushavainnot myös osoittivat, että ehkä keskeisin kunnan päätöksentekijöitä kiinnostava tieto puuttuu suunnitelmista kokonaan: arviot erilaisten toimenpiteiden kustannusvaikutuksista.

Tarkastushavaintojen mukaan Masennuksen Käypä hoito -suositusta ja yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita noudatetaan kunnissa ja työterveysyksiköissä melko hyvin. Työterveysyksiköissä toteutuivat jo vuoden 2008 lopulla varsin hyvin monet Depression hyvät käytännöt -suosituksen suositukset. Hoidon porrastus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toimii. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että erikoissairaanhoidon lähettämisaajoissa oli eroja. Erot johtuivat terveyskeskuksissa lähinnä henkilöstön riittämättömyydestä ja sairauslomasäädöksistä, työterveyshuollossa lähinnä sairauslomasäädöksistä.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, että Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaisista akuuttivaiheen hoitomuodoista lääkehoito oli aina ensisijainen. Sen sijasta tai rinnalla käytettäväksi suositeltua psykoterapiaa ei tarkastushavaintojen mukaan käytetty lainkaan. Suosituksessa suositel-

¹⁵⁸ Vrt. Harjajärvi ym. (2006)

¹⁵⁹ Kinnunen (2008)

tua psykososiaalista tukea sen sijaan käytettiin työterveyshuollossa aina, jos se sisältyi työterveyshuoltosopimukseen ja terveyskeskuksessa silloin, jos siihen oli mahdollisuus, ts. terveyskeskuksessa oli psykiatrinen sairaanhoitaja tai masennushoitaja/depressiohoitaja ja psykologi tai terveyskeskuksen oli mahdollista käyttää kunnan tukipalveluihin sijoitettuja psykologeja.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että työterveys- ja terveyskeskuslääkärit noudattivat hyvin Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaisia suosituksia sairausloman pituudesta ja sairauslomalla tapahtuvasta seurannasta. Sen sijaan osa työterveyslääkäreistä koki, että psykiatrit kirjoittavat herkästi liian pitkiä sairauslomia.

Tarkastushavainnot osoittivat Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa ja sen pohjalta tehdyssä masennuksen kiirettömän hoidon perusteessa myös puutteellisuuksia. Kiirettömän hoidon perusteessa jatkoseurannasta puhuttaessa ei huomioida lainkaan, että potilas voi perusterveydenhuollon sijasta siirtyä jatkohoitoon suoraan sosiaalitoimen puolelle. Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa jatkohoitomuodoiksi mielletään lääkehoito ja/ tai psykoterapia, mutta vaikeasti masentuneet voivat tarvita kuntoutuakseen myös muita palveluja. Puutteellisuudet voivat johtua siitä, että suositusten laadinnasta ovat vastanneet lähinnä erikoislääkärit.

Hoito- ja/ tai palveluketjuja koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että ketjuja oli tehty runsaasti mutta ne olivat pirstaleisia ja sisällöllisesti hyvin erilaisia. Käsitteiden käyttö ei myöskään ollut yhdenmukaista. Ketjun nimestä ei voinut päätellä, mitä se piti sisällään. Lisäksi ketjut kuvasivat yleensä vain yhtä toimintaa tai vastuualueen sisäistä toimintaa. Vain hyvin harvaan ketjuun sisältyi yhteinen kuvaus perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta ja sosiaalitoimesta. Tämä voi johtua siitä, että hoitoketjujen perusteena olevat hoitosuositukset eivät yleensä ota kantaa hoidon organisointiin moniammatillisena yhteistyönä¹⁶⁰.

Hoitoketjujen sisällöllinen pirstaleituneisuus kuvaa hyvin sitä, miten erilaisilla resursseilla mielenterveyspotilaita eri puolilla maata hoidetaan. Käsitteiden sekamelska viittaisi siihen, että hoitoketjujen kehittämisessä ollaan vasta nyt vähitellen siirtymässä entistä enemmän laajaa yhteistyötä korostavaan vaiheeseen¹⁶¹. Tosin moniammatillisuutta on korostettu hoitoketjujen kehittämisessä jo hoitoketjujen laatimista koskevassa oppaassa vuodelta 2006¹⁶². Tarkastushavaintojen perusteella sairaanhoitopiireissä ja

¹⁶⁰ Saarelma ym. (2008)

¹⁶¹ Esim. Kaila ym. (2008)

¹⁶² Hoitosuosituksista hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimisen ja toimeenpanoon (2006)

kunnissa moniammatillisuuden omaksuminen "ketjutyössä" näyttää olleen vaikeaa.

Tarkastuskuntien haastatteluissa nousi esille myös viitteitä siitä, että Kelan paikallistoimistoissa on erilaisia toimintakäytäntöjä B-todistuksen toimittamisesta. Erilaiset toimintakäytännöt näyttivät koskevan vain työterveysyksikköjä.

3.3 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

3.3.1 Palvelutarpeita ja palveluiden saatavuutta koskevat ongelmat

Palvelutarpeet

Keskeisin kuntien palvelutarpeisiin vaikuttava tekijä on kunnan väestökehitys. Erityisesti valikoiva muuttoliike voi aiheuttaa pienissä kunnissa hetkittäistä palvelutarpeen lisääntymistä. Esimerkiksi sellaiset kotipaikkakunnilleen takaisin muuttavat nuoret, joilla on sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia, voivat kuormittaa entisestään niukoilla resursseilla toimivaa mielenterveyspalvelujärjestelmää. Väestömuutokset edellyttävät kunnilta joustavaa mielenterveyspalvelujärjestelmää, jotta sillä pystytään vastaamaan toimintaympäristön muuttuneisiin tarpeisiin.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan terveyskeskuslääkärillä on hyvät mahdollisuudet vastata nykypäivän mielenterveysongelmiin ja palvelutarpeeseen. Tarpeeseen vastaamisen katsotaan kuuluvan terveyskeskuslääkärin vastuulle edellyttäen, että yhden terveyskeskuslääkärin vastuulla olisi alle 18 000 asukasta.¹⁶³

Tarkastushaastattelujen mukaan kunnalla on poliittisen päätöksenteon pohjaksi käytettävissään runsaasti palvelutarpeita kuvaavaa tietoa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kunnissa seurattaisiin aktiivisesti mielenterveysindikaattoritilastoja.¹⁶⁴ Tilastotietoja on saatavilla muun muassa työkyvyttömyyseläkkeistä, lääkekorvauksista ja laitoshoitopäivistä. Lisäksi kaikilla kunnilla on pääsy muun muassa edellä mainittuja tietoja sisältävään SotkaNet-tietokantaan.

Teknologian parempi hyödyntäminen on myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä entistä merkittävämmässä

¹⁶³ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001)*

¹⁶⁴ *Esim. Stakes SotkaNet, Kelan tilastollinen vuosikirja, Kuntaliiton tilastot*

roolissa. Tarkastushaastattelujen mukaan tietoverkkoja hyödyntävät ratkaisut voivat olla mahdollisuus turvata joidenkin mielen-terveyspalveluiden saatavuutta niissä kunnissa, jotka ovat kaukana kasvukeskuksista olevista palveluista. Tästä on jo hyviä esimerkkejä Lapin läänistä, sillä siellä on kehitetty muun muassa psykologin videokonsultaatioita.¹⁶⁵

Tarkastuksen haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että asiakkaiden ongelmat ovat vaikeutuneet. Osa apua tarvitsevista potilaista on vakavasti sairaita. Useilla potilailla on samanaikaisesti päihde- ja mielen-terveysongelma. Haastateltavien mukaan moniongelmaisten potilaiden auttaminen vaatii peruspalveluissa erityistä osaamista ja kykyä tunnistaa häiriöitä.¹⁶⁶

Vaikka diagnostisoitujen mielen-terveysongelmien määrät eivät ole lisääntyneet, on mielen-terveyspalvelujen käyttö sen sijaan lisääntynyt.¹⁶⁷ Alkoholin kulutuksen kasvu on näkynyt myös niiden aiheuttamien ongelmien lisääntymisenä. Työssä käyvistä miehistä 53 prosenttia ja naisista 19 prosenttia juo terveyden kannalta liikaa, 25–34 vuotiaista miehistä on suurkuluttajia 64 prosenttia ja samanikäisistä naisista melkein kolman-nes.¹⁶⁸

Runsas alkoholinkäyttö ja mielen-terveysongelmat ovat syynä moniin terveys- ja työkykyongelmiin. Työkykyongelmat näkyvät työpaikoilla muun muassa tehottomuutena, tarpeettomina sairauspoissaoloina ja enenaikaisena eläköitymisena.¹⁶⁹

Työterveydenhuollossa hoidetaan tänä päivänä yhä enemmän mielen-terveyden ongelmia. Mikäli työterveydenhuollon piirissä olevan asiakkaan työterveydenhuollon sopimus ei kata esimerkiksi psykiatrin konsultaatioita, joutuvat työterveyslääkärit ohjaamaan heidät perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Ongelmana on kuitenkin se, että kuntien palvelut ovat tällä hetkellä hyvin pirstaleiset eikä työterveydenhuollossa tunneta välttämättä kunnallisen terveydenhuollon palveluja. Asia nousi esille myös sosiaalihuollon edustajien haastatteluissa. Sosiaalitoimessa koetaan myös neuvottomuutta siitä, minne potilaat pitäisi ohjata ja mikä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työkako alkoholi- ja mielen-terveysongelmaisen asiakkaan kohdalla.

Vaikka sairauspäivärahatilastoissa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yhä ensimmäisenä, toisena tulevat mielen-terveyden- ja käyttäytymisen häiriöt.

¹⁶⁵ *Timo Peisa (2008)*

¹⁶⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a); Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a)*

¹⁶⁷ *Harjajärvi ym. (2006)*

¹⁶⁸ *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008b)*

¹⁶⁹ *Emt.*

Mielenterveyshäiriöt ovat myös yhä useammin eläköitymisen syy. Vuonna 2008 työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 39 prosentilla oli eläkkeen perusteena jokin mielenterveydenhäiriö¹⁷⁰. Suomalaisien mielenterveyden edistämisen katsotaankin olevan suuri kansanterveydellinen haaste, jolla on kansantaloudellista merkitystä.¹⁷¹

Työterveydenhuollon haastateltavat katsoivat, että työuupumusta kokevat opettajat, hoitohenkilökunta, lastentarhanopettajat ja yleensäkin sellaiset henkilöt, jotka työskentelevät auttavissa ammateissa.

Mielenterveyshäiriöiden perusteella korvattiin vuonna 2007 yhteensä 3 276 173 sairauspäivärahopäivää. Ammattiryhmistä sairauspäivärahopäiviä myönnettiin eniten sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa toimiville (24,6 %). Toiseksi suurin ammattiryhmä oli teollisen työn ammatissa toimivat, (19,6 %) ja kolmanneksi teknisen, tieteellisen, lainopillisen ja humanistisen alan sekä taiteellisissa ammateissa toimivat (15,4 %), johon opettajat kuuluvat.¹⁷²

Mielenterveyspalveluiden saatavuuteen liittyvät ongelmat

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen mukaisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta edistämään on perustettu erillinen neuvottelukunta. Tehtävänä on edistää sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoiden kehittymistä ja palvelurakenteiden monipuolistumista sekä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi.

Mielenterveyspalveluiden saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Mieli 2009-työryhmän mukaan vain osa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä kansalaista on hoidon piirissä. Hoitoa on vaikea saada, etenkin riittävän nopeasti.¹⁷³ Tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn on todettu olevan kovan työn takana. Käsitys nousi esille myös tarkastushaastatteluissa. Haastatellut kokivat, että hoidon ulkopuolelle saattaa jäädä sellaisia potilaita, joilla on vain lieviä psyykkisiä ongelmia. Toinen palveluiden saatavuuteen liittyvä ongelma on kevyempien hoitojen puuttuminen perusterveydenhuollon palveluvalikoimasta.

Tarkastushavainnot viittaavat mielenterveyspalveluiden saatavuuden kehittyneen parempaan suuntaan. Esimerkiksi joihinkin terveyskeskuksiin on saatu erityisiä mielenterveystyön asiantuntijoita, muun muassa depres-

¹⁷⁰ Eläketurvakeskus, sähköposti 6.4.2008

¹⁷¹ Wahlbeck (2005)

¹⁷² Kelan sairausvakuutusilasto (2007)

¹⁷³ Suomen Lääkärilehti (2007)

siohoitajia, psykologeja sekä psykiatreja. Depressiohoitaja-työpsykologimallia on pidetty toimivana mallina. Hyviä kokemuksia erilaista palvelumalleista on saatu Lapin läänissä, sillä siellä käyttöön oli esimerkiksi otettu psykologin videokonsultaatiot ja psykiatrien puhe-
linajat.

Mielenterveyspalveluiden saatavuudessa on ollut myös ongelmia. Kuntien terveyskeskuksista mielenterveystyön osaajia on siirretty kunnan tuottaman erikoissairaanhoidon avopalveluihin. Paikoitellen terveyskeskuksista puuttuu lääkäreitä ja hoitajia. Pääsyä palveluiden piiriin kuvataan usein aikuispsykiatrian hoitoa odottaneiden määrillä ja odotusajoilla. Yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneita oli vain viisi vuoden 2008 lopussa. Jonotiedot eivät ole välttämättä aivan ajan tasalla, koska psykiatrian jonotietojen kirjaamistavoissa on ollut ongelmia. Ongelmia aiheuttaa joidenkin toimipisteiden manuaalinen hallintajärjestelmä, jolloin kaikki tiedot eivät välttämättä kirjaudu THL:lle toimitettaviin tietoihin.¹⁷⁴

Kuntien terveydenhuollon asiantuntijoiden ja lääninpsykiatrien mukaan palveluiden saatavuutta on heikentänyt se, että terveyskeskuksessa toimivien tai konsultoitavien psykiatrien työajasta suurin osa menee Kansaneläkelaitoksen vaatimien B-lausuntojen kirjoittamiseen. Heidän näkemyksensä mukaan konsultoitavista psykiatreista ei saisi tulla pelkkiä lausuntoautomaatteja, koska psykiatrien vastaanotoille pääsy on vaikeutunut.

Lääninpsykiatrien mielestä kunnat ovat ymmärtäneet eri tavoin terveyskeskuksissa tehtävän mielenterveystyön. Kunnat eivät ole halunneet perustaa terveyskeskuksiin erikoissairaanhoitajien virkoja, vaan ne pikemminkin katsovat, että jokaisella sairaanhoitajalla tulisi olla asiantuntemus kaikista erikoisaloista. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa ja uudessa päihde- ja mielenterveysuunnitelmassa korostetaan sitä, että mielenterveystyön erikoisosaaminen tulee turvata kaikilla sosiaali- ja terveyspalvelujen alueilla.¹⁷⁵

3.3.2 Henkilöstövoimavarat

Eläköityminen kiihtyy lähivuosina ja kilpailu koulutetusta työvoimasta lisääntyy. Tällöin eri mielenterveyspalvelujen toimijat kilpailevat osaavasta ja koulutetusta henkilöstöstä. Tällä hetkellä on jo pulaa erityisosajista, ja tämä laajenee myös uusiin ammattiryhmiin.

¹⁷⁴ *Hoitoon pääsyn seuranta erikoissairaanhoidossa. Psykiatria. Tilanne. 31.12.2008*

¹⁷⁵ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001); Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a)*

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti rekrytointiongelmien selvittämiseksi työryhmän, jonka tehtävänä oli selvittää työjakoa ja työrasitusta mielen-terveyspalveluissa. Työryhmä ehdotti mielenterveyspalvelujen eri toimijoiden välisen työn tehokkaampaa yhteensovittamista ja seudullisten hankkeiden toteuttamista uusien toimintamallien kehittämiseksi sekä mielenterveystyön vetovoimaisuuden lisäämistä henkilökunnan rekrytoinnissa.¹⁷⁶

Tarkastushaastatteluissa suurimmaksi ongelmaksi nähtiin pula psykiat-rian erityisosajista, ja tällä tarkoitettiin lähinnä lastenpsykiatreja, aikuis-sosiaalityöntekijöitä, mielenterveyshoitajia ja/tai psykiatrisia sairaanhoitajia. Mielenterveystyössä resurssipula ei ole kuitenkaan mikään uusi ilmiö; resurssiongelmia on ollut yli kaksikymmentä vuotta. Jo vuosien 1984–1988 valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä todettiin psykiatristen palvelujen riittämättömyys. Tuolloin erikoissairaanhoidon ehdotettiin 20 prosentin virkalisäystä.¹⁷⁷ Kuitenkin uudelle vuosituhannele tultaessa henkilöstöä oli avohoidossa edelleen vähemmän kuin vuonna 1990.¹⁷⁸ Yhdeksäntoista vuotta myöhemmin mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa ehdotetaan taas resurs-sien vahvistamista. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on ehdottanut 20 000 asukkaan väestöpohjaa vastaavalle alueelle lisää sairaanhoitajia tai sosiaalityöntekijöitä.

Mielenterveyspalvelujen tarjonnassa on runsaasti alueellisia ja potilas-ryhmäkohtaisia eroja. Tarkastushaastatteluissa ilmeni, että henkilöstöva-jausta oli eniten lasten ja nuorten sekä vanhusten psykiatrisissa palveluis-sa. Havainto on samansuuntainen kuin Stakesin selvityksessä psykiatrisis-ta palveluista.¹⁷⁹

Päätoimisia psykiatreja oli vuonna 2002 yhteensä 864 ja vuonna 2008 yhteensä 978. Vuonna 2002 psykiatreista 17,7 prosenttia ja vuonna 2007 19,8 prosenttia oli sijoittunut yksityisvastaanoitoille. Vuonna 2002 Suo-men kaikista psykiatreista 45,1 prosenttia ja 42 prosenttia vuonna 2007 työskenteli sairaaloissa. Psykiatrisessa avohoidossa työskenteli 25,3 prosenttia vuonna 2002 ja 25,5 prosenttia vuonna 2007 kaikista psykiatreis-ta.¹⁸⁰

¹⁷⁶ *Stakes (2005b); Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a)*

¹⁷⁷ *Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestä-misestä vuosina 1984–1988 (1983)*

¹⁷⁸ *Suomen Lääkärilehti (2009)*

¹⁷⁹ *Harjajärvi ym. (2005)*

¹⁸⁰ *Suomen Lääkäriliitto (2002); Suomen Lääkäriliitto (2008)*

Lokakuun alussa vuonna 2004 sairaalat ja sairaanhoitopiirit olisivat palkanneet välittömästi kaikkiaan 926 erikoislääkärinä, joista kolmannes kohdistui psykiatrisiin erikoisaloihin¹⁸¹.

Työterveyshuollossa työskentelee omina tai itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivia psykiatreja. He työskentelevät työterveyshuollon yksikössä joko kokopäiväisesti tai osa-aikaisesti. Vuosina 2000–2005 kaikista työterveyshuollon piirissä toimivista psykiatreista suhteellisesti eniten (57,1%) kasvoi kokopäiväisesti toimivien itsenäisten ammatinharjoittajien määrä. Määrällisesti eniten kasvoivat osa-aikaisten ammatinharjoittajien määrä.¹⁸² Sama ilmiö näkyy myös työpsykologien määrien kehityksessä. Tarkastuksen piiriin kuuluvissa työterveysyksiköissä toimi vuosina 2002–2005 omien psykiatrien ohella osa-aikaisia itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivia psykiatreja.

Suomen Lääkäriliiton tilastojen mukaan vuosina 2002–2007 yhä useampi psykiatri työskenteli yksityissektorilla. Yksityiset psykiatripalvelut ovat koko ajan hieman kasvaneet, kun taas julkisten psykiatripalveluiden määrä on vähentynyt. Ilmiö koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreita, ei yksinomaan psykiatria. Yksityiset palveluntuottajat tuottavatkin nykyisin noin neljäsosan kaikista sosiaali- ja terveystalviteista. Heistä suurin osa toimii eteläisessä Suomessa.¹⁸³ Vuoden 2005 lopussa sosiaali- ja terveystalviteja tuottavien järjestöjen ja yritysten palveluksessa oli noin 77 052 työntekijää. Määrä on kaksinkertainen verrattuna vuoteen 1995.

Tarkastushaastattelussa ilmeni, että henkilöstövajausta on ajoittain myös sosiaalitoimissa. Sosiaalitoimen haastateltavat katsoivat, ettei henkilöstöä ole kohdennettu riittävästi kunnalliseen aikuissosiaalityöhön. Havaintoa tukevaa tilastotietoa ei kuitenkaan ollut saatavissa, koska sosiaalityöntekijöitä ei tilastoida asiakkaiden mukaan eriteltyinä. Kunnallinen sosiaalihuollon henkilöstö tilastoidaan lasten päivähoitoon, kotipalveluun, vanhusten ja kehitysvammaisten laitoshoidon sekä palvelutaloihin ja ryhmäkotiin kuuluvaksi toiminnaksi. Sosiaalityöntekijät tilastoidaan ryhmään muu kunnallinen sosiaalihuollon henkilöstö. Tilastojen mukaan tämä ryhmä on pysynyt samansuuruisena koko 2000-luvun.

¹⁸¹ www.kunnat.net>sosiaali ja terveys>sairaanhoitopiirit>katsaukset ja erillis-selvitykset>Selvitys sairaaloiden erikoislääkärivajeesta

¹⁸² *Stakes. Yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajia koskevat luvut*

¹⁸³ *Stakes (2008b)*

3.3.3 Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö sai syksyllä 2006 kaikilta sairaanhoitopiireiltä terveydenhuollon palveluiden järjestämissuunnitelmat. Ne ovat eritasoisia kuvauksia erikoissairaanhoidon toiminnasta. Kaikki mielenterveyspalvelujen toimijat (sosiaalitoimi, terveydenhuolto, työterveyshuolto ja yksityiset palveluntuottajat) on mainittu vain muutamassa suunnitelmassa. Järjestämissuunnitelmista ei myöskään selviä mielenterveyspalvelujen eri toimijoiden työnjako tai järjestämisvastuu. Niissä kuvataan vain olemassa olevaa toimintaa tai yhteistyötä. Vaikka järjestämissuunnitelmien oletetaan toimivan muutoksen tai kehittämisen työvälineinä, havainnot tarkastuksen piiriin kuuluvien kuntien sairaanhoitopiirien suunnitelmista eivät näytä toimivan.

Peruspalveluministeri Paula Risikon mukaan yhteisymmärrys kuntien terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vielä puuttuu. Väljä puitelaki on antanut kunnille vapaat kädet rakentaa erilaisia malleja terveydenhuollon toteuttamiseksi, mikä on johtanut siihen, että noin kolmasosassa kuntia on päällekkäisiä rakenteita ja hallinnollisia "himmeleitä".¹⁸⁴ Nyt valmistelussa olevalla terveydenhuoltolailla pyritään asettamaan suuntaviivoja muun muassa sille, miten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö Suomessa tulee järjestää. Samaan aikaan terveydenhuollossa on käynnissä runsaasti rakenteellisia uudistushankkeita (muun muassa Kainuun maakuntakokeilu), toimintojen alueellisia uudelleenjärjestelyjä (esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamiskeskukset) ja terveystiedon infrastruktuurin kehitysohjelmia (mm. kansallinen potilaskertomuspalvelu). Näillä hankkeilla pyritään myös uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteita.

Mielenterveyspalvelujen toimintaa ohjaavaan päätöksentekoon vaikuttaa kuitenkin merkittävästi mielenterveyspalvelujen organisointitapa. Kunnilla on päätösvalta paikallisessa mielenterveyspalvelujen järjestämisessä.

Järjestöjen periaatteet palvelujen järjestämisessä perustuvat yhdenmukaisuuteen ja eriarvoisuuden vähentämiseen, ei voiton tavoitteluun. Yksityisten yritysten taustalla puolestaan vaikuttavat liiketoiminnan periaatteet. Nyt järjestöjen ja yksityisten yritysten periaatteita on tuotu myös kuntien hyvinvointipalveluihin.

¹⁸⁴ *Risikko (2009)*

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana mielenterveyspalveluissa on tapahtunut hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Tarkasteltavista kunnista kaikki edustivat hieman erilaista sosiaali- ja terveydenhuollon organisointitapaa, mikä osaltaan vaikutti näiden kuntien mielenterveyspalvelujen järjestämiseen.

Kunnassa mielenterveyspalveluista vastaa sosiaali- ja terveyslautakunta. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto voi olla organisoitu myös suurempaan kansanterveystyöstä vastaavaan kuntayhtymään. Vuoden 2008 alussa kuntayhtymiä oli 57, ja ne vastasivat 193 kunnan kansanterveystyöstä. Näissä kunnissa sosiaalihuollon tehtävistä vastasi kunta. Kunnassa sosiaalihuollosta vastaava toimielin on lautakunta, josta käytetään yleensä nimeä sosiaalilautakunta tai perusturvalautakunta. Kun kunnalla on oma terveyskeskus, sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaa yleensä yhteinen toimielin, sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta. Manner-Suomessa 158 kunnassa on yhteinen luottamushenkilöhallinto.¹⁸⁵

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa mielenterveyspalvelut kuuluivat suurempaan sosiaali- ja terveydenhuollon tulosityksikköön. Tulosityksikön sisällä mielenterveyspalvelut oli organisoitu omalle vastuualueelle. Yhdessä kunnassa mielenterveyspalvelut oli organisoitu psykososiaalisten palvelujen vastuualueelle ja muissa kunnissa terveydenhuollon vastuualueelle esimerkiksi mielenterveyskeskukseen, mielenterveyspalveluiden vastuualueelle, psykiatrian tulosalueelle, peruspalvelukeskuksen tai terveyskeskuksen yhteyteen.

Vaikka kunnissa mielenterveyspalvelut oli organisoitu omalle vastuualueelle, ei vastuualue kuitenkaan tarjonnut tarvittavia mielenterveyspalveluja. Esimerkiksi kahdessa kunnassa mielenterveyspalveluissa toimi sosiaalityöntekijä, jolla ei ollut ratkaisuvalltaa toimeentulotuen myöntämiseen liittyvissä asioissa. Toimeentulotukiasioissa potilaat ohjattiin sosiaalitoimeen. Yhdessä kunnassa psykologipalvelut olivat keskitetyssä tukipalvelujen yksikössä, josta psykiatrian tulosalue osti palveluja.

Sairaanhoitopiiri- ja laitoshoitopainotteisesta organisoinnista on siirrytty erilaisiin avohoitomalleihin. Samalla kun mielenterveyspalvelujen tuottajien kirjo on monipuolistunut, on myös palvelujärjestelmä pirstoutunut. Palveluja tuottavat nyt sairaanhoitopiirit, kunnat, yritykset ja kolmas sektori.¹⁸⁶

¹⁸⁵ <http://www.kunnat.net>

¹⁸⁶ Wahlbeck & Pirkola (2008)

Neljässä kunnassa psykiatrian erikoissairaanhoidon avopalvelut oli otettu osaksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Tällä on haluttu lisätä muun muassa mielenterveyspalvelujen alueellista koordinoitua ja hallita psykiatrian kustannuksia.

Kaikissa tarkastuskunnissa vaativan tason psykiatrinen avo- ja laitoshoido- to oli keskitetty sairaanhoitopiireihin tai valtion mielisairaaloihin. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tehtävänä on järjestää alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluita, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Vaikeahoitoisten kriminaalipotilaiden hoidon kunnat ostavat valtion mielisairaaloista. Myös lasten ja nuorten sekä syömishäiriöisten potilaiden hoito on keskitetty. Tarkastushaastattelujen mukaan edellä mainitut potilaat hoidetaan nyt pääsääntöisesti erikoissairaanhoidossa.¹⁸⁷ Toisaalta vaativan tason hoito on voitu siirtää erikoissairaanhoidon esimerkiksi lasten- ja nuorten mielenterveysongelmiin erikoistuneiden psykiatrien puuttuessa kunnista.¹⁸⁸

Kuntien psykiatrisen erikoissairaanhoidon osuus mielenterveyspalvelujen tuottajana väheni, kun järjestöjen ja yritysten osuus kasvoi¹⁸⁹. 1990-luvun lopulla enää 60 prosenttia kunnista järjesti psykiatrisen avohoidon pelkästään sairaanhoitopiirien kautta.¹⁹⁰

Tarkastuskuntien palveluvalikoima oli monipuolisin suurissa kaupungeissa, ja palveluja järjestävän alueen riittävä väestöpohja onkin edellytyksenä monipuolisten palvelujen tarjoamiselle.¹⁹¹

Kaikissa tarkastuskunnissa oli saatavissa psykiatrin palveluja. Yhdessä kunnassa psykiatri toimi kokopäivätoimisesti terveyskeskuksessa, yhdessä psykiatri kävi konsultoimassa kerran viikossa ja muissa kunnissa psykiatrin palveluja oli mahdollista saada terveyskeskuslääkärin läheteellä erikoissairaanhoidon avopalveluista. Lääninpsykiatrien mukaan tällä hetkellä kunnista puuttuvat ns. matalan kynnyksen joustavat palvelut, joihin olisi mahdollisuus päästä ilman lähetettä.

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kahdessa kunnassa, joissa perusterveydenhuoltoon oli palkattu psykiatri, toimi depressiohoitaja hänen työparinaan. Silloin kun potilaat eivät tarvitse psykiatrin palveluja, saattoi potilas olla depressiohoitajan hoidossa ja vastuulla.

Valtaosassa tarkasteltavia kuntia toimi mielenterveyspalvelujen ryhmä tai tiimi. Kunnissa ryhmää kutsuttiin kotihoidon psykiatriseksi kotisai-

¹⁸⁷ L 1062/1989

¹⁸⁸ Harjajärvi ym. (2006)

¹⁸⁹ Suomen Lääkärilehti (2000)

¹⁹⁰ Sohlman ym. (2003)

¹⁹¹ Stakes (2008)

raanhoidontiimiksi, kotikuntoutusryhmäksi tai kotikuntoutustyöryhmäksi. Ryhmä oli organisoitu joko psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai sosiaalitoimeen. Varsinaista kotipalvelua mielenterveyskuntoutujat saivat haastateltujen mukaan hyvin harvoin. Vain yhdessä tarkasteltavassa kunnassa kotihoidontiimi oli organisoitu sosiaalitoimeen. Yleisempää kuitenkin oli, että erikoissairaanhoido järjesti kotiin annettavaa hoitoa lähinnä akuuttitilanteissa. Akuuttihoidon tiimejä toimi suurimmissa tarkastuskunnissa.

Psykiatristen sairaansijojen nopeampainen purkaminen on tuottanut tarpeen järjestää asumis-, hoito- ja kuntoutuspalveluita. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa oli ostettu hoito- ja kuntoutuskotipaikkoja. Osan palveluista tuottavat kansalaisjärjestöt, mutta myös Kela kytkeytyy kuntoutus- ja terapiapalveluiden tuottajien joukkoon. Nykyisin näissä hoito- ja kuntoutuskodeissa asuu lähes 5 600 mielenterveyskuntoutujaa.

Yhdessä tarkasteltavassa kunnassa kuntouttavaa asumispalvelua järjestettiin kunnan psykiatrisissa avopalveluissa. Muissa kunnissa se oli organisoitu sosiaalitoimen alaiseksi toiminnaksi.

Työterveyshuolto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkään korostettu varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevien palvelujen tärkeyttä. Ennalta ehkäisevistä palveluista saatetaan leikata ensimmäiseksi kuntien heikossa taloudellisessa tilanteessa.¹⁹² Työterveydenhuollon haastattelut osoittivat kuitenkin hyviä esimerkkejä siitä, että mielenterveysongelmia kannattaa ehkäistä ja niillä voidaan ehkäistä kalliita korjaavia toimenpiteitä, kuten pitkiä sairaalahoitojaksoja ja sairaslomia.

Uudessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa korostetaan työterveydenhuollon hyviä mahdollisuuksia tunnistaa ja ehkäistä mielenterveysongelmia. Tämä johtuu osin siitä, että työterveydenhuoltolain mukaan ennalta ehkäisevien palveluiden järjestäminen on työnantajalle pakollista.

Työterveydenhuollossa ennalta ehkäisevien palvelujen määrä on pysynyt lähes ennallaan. Sen sijaan niiden työntekijöiden määrä, joiden työterveyshuoltosopimukseen sisältyvät myös sairaanhoitopalvelut, on lisääntynyt. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan heitä on jo yli 90 prosenttia. Noin puolet työssä käyvistä käyttää sairastuttuaan työterveydenhuoltoa muun terveydenhuollon sijaan.¹⁹³

Myös terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa työterveyshuollolle on asetettu odotuksia työikäisten mielenterveyshäiriöiden ehkäisyssä,

¹⁹² *Suomen Lääkärilehti (2009b)*

¹⁹³ *Kauppinen ym. (2007)*

työssä pysymisen edistämässä ja sairauspoissaolojen vähentämisessä. Tarkastushaastatteluisa tuotiin esille, ettei terveyden edistämisen poliittikaohjelma ole näkynyt erityisemmin työterveyshuollon arjessa.

Työterveyshuollon haastateltavien mukaan mielenterveysongelmien varhaisella puuttumisella tarkoitetaan sitä, että kun työntekijä hakeutuu työterveyshuollon vastaanotolle, ongelmaa lähdetään selvittämään aluksi erilaisilla fyysisillä tutkimuksilla esimerkiksi laboratoriotutkimuksilla. Työterveydenhuollossa painotettiin sitä, että ennen kuin todelliseen ongelmaan voidaan puuttua ja hoito aloittaa, työntekijän tulisi itse mieltää, että ongelmat liittyvät mielenterveyteen. Tilannetta seurataan säännöllisin väliajoin lääkärin tai työterveyshoitajan vastaanotolla ja tarvittaessa käytetään erikoislääkärin asiantuntemusta. Depressionhoitosuosituksissa työkykyongelmien havaitsemisen ja niiden varhainen tunnistamisen tulisi olla normaalia esimiestyötä. Näin ollen ongelmiin varhainen puuttuminen ja siihen vaikuttaminen olisikin enemmän työpaikoilla tapahtuvaa toimintaa, jota työterveyshuolto voisi tarvittaessa avustaa. Tämä tuli esille myös tarkastuksen haastateluisa. Suosituksissa korostetaan, että työssä jaksamisen tulisi olla osa työpaikan kehityskeskusteluja.

Ehkäisemiseen kuuluu se, että työterveyshuollossa tehdään säännöllisin väliajoin terveystarkastuksia ja työpaikoilla työilmapiirikyselyjä. Mikäli ongelmia tarkastuksissa ja kyselyissä ilmenee, työterveydenhuolto tekee yhdessä henkilöstöhallinnon kanssa suunnitelmia korjaavista toimenpiteistä. Työpaikkaselvityksen yhteydessä voidaan tunnistaa psykososiaalisesti kuormittavia työpaikkoja, joissa depressiolle alttiiden henkilöiden riski saattaa olla kohonnut. Työterveyslaitoksen depressiosuosituksen mukaan ennaltaehkäisyssä pyritään vähentämään depression tunnettuja riskitekijöitä. Se kohdistuu erityisesti sellaisiin henkilöihin, joilla ei vielä ole diagnostisten kriteerien mukaista depressiota mutta joilla ilmenee työstressiä tai masennusoireita.¹⁹⁴

Sairauspoissaolojen vähentämiseen on jo aiemmin kiinnitetty huomiota ja niihin puututaan nyt huomattavasti herkemmin. Työterveyshuollon haastateltavien mukaan, mikäli työntekijä on mielenterveydellisistä syistä sairaslomalla, hänet voidaan kutsua työterveyshuoltoon selvittämään, onko työolosuhteilla osuutta sairastumiseen.

Esimerkiksi pienissä yrityksissä mielenterveydellisistä syistä työkyvyttömyyseläkkeelle joutunut nuori työntekijä tulee työnantajalle kalliiksi. Työkyvyttömyyseläkekustannukset riippuvat ensisijaisesti työkyvyttömäksi tulleen työntekijän iästä. Esimerkkinä voidaan mainita henkilö, joka on ansainnut 25-vuotiaana noin 2 500 euroa kuukaudessa ja joutuu 30-

¹⁹⁴ www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat

vuotiaana työkyvyttömyyseläkkeelle. Valtiokonttori on arvioinut, että työnantajalle aiheutuu noin 300 000 euron kustannukset, joka vastaa noin kymmenen vuoden palkkasummaa. Yksikin sairauseläke näkyy työnantajalle reippaana vakuutusmaksun nousuna.¹⁹⁵

Haastateltavat kokivat, että työterveyshuollossa reagoidaan nykyisin huomattavasti nopeammin ja herkemmin mielenterveysongelmiin. Aiemmin lievät ja keskivaikeat asiakkaat lähetettiin mielenterveystoimistoon, mutta nyt heidät pyritään hoitamaan työterveyshuollossa. Henkilöstö on saanut koulutusta mielenterveysongelmien ja masennuksen hoidossa sekä ongelmien varhaisessa tunnistamisessa. Yhdessä työterveysyksikössä lääkäriellä oli muun muassa kognitiivinen terapiakoulutus.

Työterveyshuoltoon kuuluvien ennalta ehkäisevien palvelujen lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Esimerkiksi psykiatrian erikoislääkärinkonsultaatiot kuuluivat usean työterveysyksikön palveluvalikoimaan tai niitä ostettiin talon ulkopuolelta. Tosin työterveyshuollon yksiköiden piiriin kuului myös sellaisia työnantajia, joiden sopimukset eivät kattaneet psykiatrin konsultaatioita.

Työpsykologin palveluja oli saatavilla kaikissa tarkastuksen työterveysyksiköissä. Työpsykologi on työterveyden asiantuntija, joka antaa ohjausta, neuvontaa ja tukea erilaisissa työhön ja elämään liittyvissä ongelmatilanteissa. Työpsykologilla on lievän masennuksen ehkäisemisessä erittäin keskeinen tehtävä. Ongelmana on kuitenkin se, ettei Kansaneläkelaitos korvaa työpsykologin palveluja, mikäli se ei kuulu työpaikan ennalta ehkäisevään toimintaan. Kansaneläkelaitos korvaa työnantajalle 60 prosenttia esimerkiksi erilaisista työpsykologin tekemistä työhyvinvointi- ja ilmapii-rikartoituksista. Työnantaja voi kuitenkin halutessaan ostaa työpsykologin palveluja työterveydenhuollosta lisää, mikäli niin haluaa. Useimmilla yrityksillä oli sopimus, joka kattoi työpsykologilla käynnin 1-3-5 kertaa per ongelma. Työterveyshuollon sopimukseen ei kuitenkaan aina sisälly psykologin palveluja. Tällaisissa tilanteissa depressiohoitajamallia pidettiin työterveyshuollossa hyvänä ratkaisuna.

Selvityksen mukaan työpsykologien osaamista toivottiin hyödynnettävän oikea-aikaisesti lyhytterapeuttisten hoitojen tarjoamisessa ja masennusta ennalta ehkäisevissä työryhmäinterventioissa. Ne eivät kuitenkaan kuulu Kelan myöntämien korvausten piiriin.¹⁹⁶

Yksityiset lääkärikeskukset, jotka tarjoavat työterveyshuollon palveluja, keskittyvät yleensä Etelä-Suomen kaupunkimaisiin kuntiin. Tutkimuksen

¹⁹⁵ Valtiokonttori (2008)

¹⁹⁶ Suomen Lääkärilehti (2009c)

mukaan työterveysyksiköiden ongelmana on huomattava vaihtelu sekä yksikkökoossa että palveluvalikoimassa.¹⁹⁷

Tarkastushaastattelujen mukaan laajin palveluvalikoima mielenterveyden ehkäisyssä oli niissä työterveysyksiköissä, jotka toimivat yrityksen omana tai yritysten yhteisenä työterveyshuollon yksikkönä. Niiden palveluvalikoima sisälsi monenlaista harrastetoimintaa kuntoutusta, erikoislääkäritasoisia palveluja ja fysioterapiaa. Kunnallisten liikelaitosten palveluvalikoima oli monipuolisin silloin, kun tarvittiin erikoissairaanhoidon palveluja. Tarkastuksen haastatteluissa tuotiin esille, että työntekijöitä on helpompi hoitaa silloin, kun heillä on laaja-alaiset työterveyshuoltosopimukset.

Myös työterveyshuollossa painopistettä on suunnattu lievien ja keski-vaikkeiden mielenterveysongelmien havaitsemiseen ja hoitamiseen. Työterveyshuollon haastatteluissa tuli esille, että työterveyshuollon henkilöstöä on koulutettu määrätietoisesti. Työterveyshuolto on kouluttanut esimiehiä ja johtoa ongelmien varhaiseen havaitsemiseen ja tunnistamiseen. Käyttöön on otettu varhaisen tuen malleja ja sairauspoissaoloja seurataan nyt entistä tiiviimmin. Myös työpaikkaselvityksiin on lisätty psykososiaalisen kuormituksen ja työuupumuksen mittareita, esimerkiksi BBI- ja BMS-mittareita.¹⁹⁸

3.3.4 Yksityisen sektorin rooli

Yksityinen sektori tuottaa merkittävän osan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Yksityiset palveluntuottajat, järjestöt ja yritykset, tuottivat henkilöstön määrällä mitattuna 29 prosenttia sosiaalipalveluista ja 19 prosenttia terveyspalveluista vuonna 2006. Järjestöt tuottivat 18 ja yritykset 11 prosenttia sosiaalipalveluista. Terveyspalveluissa järjestöjen osuus oli 5 ja yritysten 14 prosenttia¹⁹⁹.

Yksityisissä sosiaalipalveluissa oli vuoden 2006 lopussa 49 100 ja yksityisissä terveyspalveluissa 32 200 päätoimista työntekijää. Yksityisen sosiaali- ja terveyspalvelutuotannon kustannukset olivat yhteensä 4,3 miljardia euroa, josta sosiaalipalvelujen osuus oli 1,9 miljardia ja terveydenhuollon 2,4 miljardia euroa. Suurin osa yksityisistä sosiaalipalveluista

¹⁹⁷ Manninen ym. (2007a); Manninen ym. (2007b)

¹⁹⁸ BBI: Bergen Burnout Indicator on kehitetty mittaamaan työuupumusriskiä ihmisuhdetyössä ja BMS:(Belastung, Monotonie, Sättigung on saksalainen lyhytkestoisen psyykkisen kuormittuneisuuden kvantitatiivinen mittari).

¹⁹⁹ Stakes (2008b)

myydään kunnille. Yksityisiä terveyspalveluita ostavat eniten kotitaloudet, työnantajat ja Kela²⁰⁰.

Kun kunnallinen palvelulaitos myydään yksityiseen omistukseen, vastuu siirtyy kokonaan pois julkiselta sektorilta. Kun kunta ostaa tai ulkoistaa palveluja, vastuu ostettavasta palvelusta säilyy kunnilla. Kuntien ostopalvelutoiminta on merkinnyt palvelujen tuotannossa ja rahoituksessa sitä, että muun muassa yksityisten ja julkisten palvelujen välinen raja on hämärtynyt. Mielenterveyspalveluista on muodostunut monen tuottajatahon ja rahoituskanavan kokonaisuus. Yksittäinen kunta ei vastaa vain palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta, vaan se osallistuu myös mielenterveyspalvelujen tuottamiseen. Keskeistä on se, että kunta vastaa mielenterveyspalvelujen toiminnasta kokonaisuutena ja siitä, että kansalaiset saavat tarvitsemansa palvelut. Tarkastushaastattelujen perusteella kuntien toimenpiteet mielenterveyspalveluissa vaikuttavat keskeisesti esimerkiksi yksityisten asumispalveluiden tuottajien ratkaisuihin. Silloin kun kunnassa on asumispalveluista suurta kysyntää, voivat asumispalveluiden kustannukset nousta paljon ja vastaavasti toisinpäin, jos alueella on tarjontaa, asumispalvelujen tuottajat saattavat tällöin kilpailla hintojen sijasta laadulla.

Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään mielenterveyspalvelut asukkailleen mutta ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Kunta pyrkii ohjaamaan ja valvomaan sitä, että mielenterveyspalvelut vastaavat palvelujen kysyntää. Kunnan rooli onkin muuttumassa. Tuottamisen sijasta siitä on tulossa yhä enemmän asiantuntija ja konsultoituja. Uudessa roolissaan kunta kartoittaa asiakkaiden palvelutarpeet ja välittää ne palveluntuottajalle.²⁰¹

Haastattelujen mukaan kunnissa hyödynnetään yksityisten palveluntuottajien palveluita jo melko laajasti. Kuntakohtaiset erot tarkasteltavissa kunnissa olivat melko suuria: isommissa kunnissa ja kaupungeissa ostetaan yleensä enemmän ja monipuolisempia palveluja. Ostopalveluosaamisen kehittämiseksi osassa kuntia on tehty jo melko mittavia toimenpiteitä sekä kehitetty tilaajatoimintaa ja hankintaosaamista.

Erilaiset sosiaali- ja terveysjärjestöt sekä yhdistykset tuottavat merkittävän osan esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Järjestöillä ja yhdistyksillä onkin ollut suomalaisessa yhteiskunnassa merkittävä rooli yhteiskunnan kehitykseen ja päätöksentekoon vaikuttajina, osallistumismahdollisuuksien tarjoajina ja palvelujen kehittäjinä. Sosiaali- ja terveysalalla toimivia järjestöjä on kaikkiaan noin 13 000. Näistä suurin osa on sellaisia paikallisia toimijoita, jotka eivät tuota palveluja. Valta-

²⁰⁰ Emt.

²⁰¹ THL (2009a)

kunnallisia järjestöjä on noin 200, ja näistä kolmasosa on kansanterveysjärjestöjä (esim. mielenterveysjärjestöt). Järjestömaisesti tuotettujen palvelujen katsotaan tuottavan lisäarvoa varsinkin silloin, kun kyseessä ovat monimuotoiset palvelukokonaisuudet, joita on lähestyttävä monen toimijan voimin.²⁰²

Sosiaali- ja terveysjärjestöjä ei voi kuitenkaan pitää ensisijaisesti palvelujen tuottajina, vaan niiden keskeisiä tehtäviä ovat vaikuttamistoiminta, vertais- ja vapaaehtoistoiminta ja asiantuntijatehtävät. Kuitenkin noin puolella valtakunnallisista järjestöistä (yhteensä 200) on ostopalvelusopimuksia kuntien kanssa. Erilaiset kuntoutuspalvelut ovat järjestöjen perinteisimpiä palveluja. Lisäksi järjestöt ovat kehittäneet päivä- ja työtoimintaa sekä erilaisia tuetun työn kuntoutusmuotoja esimerkiksi mielenterveyskuntoutujille. Vuonna 2004 järjestöt tuottivat 70 prosenttia yksityisistä asumispalveluista, mutta mielenterveysongelmaisten asumispalveluista vain yksi kolmasosa oli järjestöjen tuottamia.²⁰³

Jos järjestöjen palvelutuotanto sisällöllisesti täyttää elinkeinonharjoittajan tai yrityksen tuntomerkit, niiden toimintaan sovelletaan julkisia tukia ja kilpailuttamista koskevia säännöksiä samojen periaatteiden mukaan kuin yritystenkin toimintaan.

Hankintakäytännöt

Yksityisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen ostaminen asettaa kunnan sosiaali- ja terveystoimelle uusia haasteita. Mielenterveyspalveluiden kokonaisuuden hallinta kunnissa on monimutkaistunut, kun vastuu palvelujen tuottamisesta ei ole enää kuntaorganisaatiolla.²⁰⁴ Kunnat voivat hankkia tarvitsemiaan palveluita markkinoilta toimivilta yksityisiltä yrityksiltä tai järjestöiltä. Palveluiden hankkimisesta kunnan ulkopuolelta on säädetty laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta sekä hankintalaissa.²⁰⁵

Kunnilla on erilaisia käytäntöjä mielenterveyspalvelujen hankinnassa. Tarkastuksen yhteydessä suoritettiin kysely hankintakäytännöistä. Sen mukaan suurissa kunnissa toimii oma tilaajarengas, kun taas pienemmissä kunnissa tilaajana voi toimia yksittäinen viranhaltija. Vastausten perusteella ja esimerkiksi asumispalveluissa tilaajana saattaa toimia sosiaalityöntekijä, psykososiaalisten palvelujen esimies, mielenterveystoimiston

²⁰² *Stakes (2007b)*

²⁰³ *Emt.*

²⁰⁴ *Larjovuori & Lemmetyinen (2004)*

²⁰⁵ *L 733/1992; L 348/2007*

esimies, tilaajarengas, sosiaali- ja terveydenhuollon lautakunta, kunta tai kuntayhtymä. Erikoissairaanhoidon ja vaativan erityistason palveluiden tilaajana toimii yleensä kuntayhtymän edustaja.

Kunnissa palveluntuottajat valitaan asiakaskohtaisesti tarjolla olevista vapaista hoitopaikoista ja potilaan tarpeen mukaan. Kahdessa kunnassa palveluntuottajat valittiin kilpailutuksen perusteella.

Kilpailuttamisen käyttö julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä on viime vuosina noussut yhä vilkkaamman keskustelun kohteeksi²⁰⁶. Kunnissa ajankohtainen kysymys on, tuotetaanko palvelut omana tuotantona vai lähdetäänkö kilpailuttamaan yksityisiä palveluntuottajia. Toimivan kilpailun edellytyksenä on se, että markkinoilla on riittävästi toimijoita.²⁰⁷ Tarkastushaastattelussa ilmeni, ettei kaikissa kunnissa ole riittävästi palvelun tuottajia, jolloin palvelut joudutaan ostamaan joko hyvin laajalta alueelta tai vain muutamalta palvelun tuottajalta. Tällöin hankintaprosessiin asetettu laadun kriteeri ei välttämättä toteudu.

Tarkastuksen perusteella kunnissa on varsin vaihtelevasti hankintaosaamista. Hankintaosaaminen vaihtelee erityisesti asumispalveluiden osalta. Niissä kunnissa, joissa hankinnat ovat vain satunnaisia ostoja, on hankintaosaamisessa vielä kehittämistä. Puutteita oli esimerkiksi kuntien asumispalveluiden laatutekijöiden määrittelyssä. Hankintaosaamiseen vaadittavia asumispalveluiden laatuksiteereitä oltiinkin vasta kehittämässä.

Myös Kuntaliitto on kiinnittänyt huomiota siihen, että kunnissa on puutteita asumispalveluiden hankinta- ja myyntiosaamisessa. Kuntaliitto järjestikin syksyllä 2007 mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista osto- ja myyntikoulutusta kaikille kunnissa toimiville palveluntuottajille.²⁰⁸

Mielenterveyspalveluiden hinnoittelu ja tuotteistamisprosessit olivat osassa tarkastuskunnista vielä pahasti kesken. Osa kunnista on tuotteistanut omat palvelunsa ja prosessinsa. Jotkin kunnat eivät taas ole hinnoitelleet lainkaan toimintaansa, koska ne ostavat kaikki tarvitsemansa mielenterveyspalvelut.

Valvonta

Mielenterveyspalveluiden valvonta jakautuu Valviran, lääninhallituksen ja kuntien kesken. Valviralle kuuluu lääninhallitusten ohjaaminen, jotta ne toimivat yhdenmukaisesti mielenterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa.

²⁰⁶ Willberg (2006)

²⁰⁷ Mäkitalo (2006)

²⁰⁸ Holma (2008)

Valvira ohjaa ja valvoo mielenterveystyötä erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät laajakantoiset, useaa lääniä tai koko maata koskevat asiat tai kysymykset, joita lääninhallitus on esteellinen käsittelemään. Lääninhallitukset ja Valvira ovat perustaneet yhteis- ja koordinoitutyöryhmän ns. MITEVAN (ks. tarkemmin s. 52).

Kunnilta mielenterveyspalveluiden ostaminen edellyttää myös kykyä valvoa ja tarkkailla palveluntuottajien toiminnan laatua. Yhteistyö yksityisten mielenterveyspalvelun tuottajien kanssa vaatii kunnilta kykyä jatkuvaan palveluiden arviointiin ja etukäteisvalvontaan. Tarkastukseen piiriin kuuluneissa kunnissa ostopalveluiden valvonta oli jakautunut monille henkilöille ja organisaatioille. Esimerkiksi ostopalvelujen valvonta saattoi kuulua vastuualueen esimiehelle, mielenterveyskeskukselle, kunnalle tai lääninhallitukselle.

Ympäri vuorokautisten yksityisten asumispalvelujentuottajien valvonta ja henkilöstön toimintalupien ylläpitämisen lakisääteinen valvontatehtävä on lääninhallituksilla. Resurssipulan vuoksi lääninhallitusten omaaloitteinen valvonta on kuitenkin vähäistä ja yritystoiminnan alkuun liittyviä toimia (luvat ja vastaavan johtajan hyväksyminen) lukuun ottamatta tarkastustoimiin ryhdytään pääasiassa ilmoitusten perusteella. Käytännössä tämä tarkoittaa jälkikäteisvalvontaa ja kanteluiden selvittämistä.

Vuoden 2001 lääninhallitusten ja sosiaali- ja terveysministeriön välisessä tulossopimuksessa määritellään, että lääninhallitusten tulisi tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon valvontatyötä jälkikäteisvalvontana, mutta nyt uudessa vuoden 2008 tulossopimuksessa lääninhallitusten tulisi suunnata työpanosta etukäteisvalvonnan kehittämiseen. Tulossopimuksen mukaan valvonta kohdennetaan eri asukas- ja potilasryhmille annettavaan pitkäaikaiseen laitoshoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (KASTE 2008–2011) liittyen ollaan valtakunnallisesti tehostamassa ympärivuorokautisen hoidon ja hoidon valvontaa. Lääninhallitusten yhteistyönä valmistellaan sosiaalihuollon valvontasuunnitelmaa, jossa määritellään valvonnalle yhteisiä kriteerejä²⁰⁹. Vuonna 2007 valvontakäyntejä määriteltiin toteutettavaksi siten, että niiden piirissä oli 1-1,5 prosenttia julkisista ja yksityisistä palveluntuottajista. Vuonna 2008 valvontakäyntien osuudeksi määriteltiin kuusi prosenttia yksityisistä ja julkisista palveluntuottajista.²¹⁰

Lääninhallitusten edustajat olivatkin varsin ylityöllistettyjä mielenterveysongelmiin liittyvien kanteluiden käsittelemisessä. Lääninpsykiatrien

²⁰⁹ *Valtionalouden tarkastusvirasto (2005)*

²¹⁰ [http://www.stm.fi/vastuualueet>sosiaaliturva_ja_rahoitus>talous- ja toimintasuunnitelma>tulossopimukset 2008](http://www.stm.fi/vastuualueet>sosiaaliturva_ja_rahoitus>talous-ja_toimintasuunnitelma>tulossopimukset_2008)

mukaan kanteluiden yleisimpiä aiheita olivat hoidon ja diagnoosin viivästyminen ja laadullisesti huono hoito, joskin samassa kantelussa voi olla usein monta valvontaperustetta. Osa kanteluista on myös hyvin yksityiskohtaisia, jolloin niiden selvittämiseen kuluu aikaa. Haastateltujen mukaan entistä enemmän moititaan esimerkiksi potilaan tiedonsaantia ja kuulemisia. Myös Valviraan kannellaan vastaavanlaisista syistä.²¹¹

Hankintakäytäntöjä koskevan kyselyn mukaan kunnissa valvontaa tehdään lähinnä kahdella tavalla. Tutkimalla erilaisia selvityksiä, kertomuksia ja suunnitelmia voidaan saada selville, miten kunta on onnistunut palveluhankinnoissaan. Palveluiden valvontaa tehdään myös seuraamalla potilaan vointia tai tekemällä valvontakäyntejä sosiaali- ja terveystalouksia tuottaviin yrityksiin ja järjestöihin.

3.3.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Mielenterveyspalvelujen järjestämistavat vaihtelevat suuresti eri puolilla Suomea. Mielenterveyspalvelujärjestelmän rakennemuutos näyttää olevan vielä pahasti kesken ja hakevan uusia muotojaan.

Sairaanhoitopiirin järjestämissuunnitelmat ja mielenterveyspalveluita ohjaavat lait²¹² jättävät konkretisoimatta, mikä on mielenterveyspalveluissa eri toimijoiden välinen työnjako ja mitä palvelut pitävät sisällään.

Mielenterveyspalveluita ohjaavien lakien välinen "puitelakimaisuus" on kuitenkin antanut kunnille mahdollisuuden kehittää uusia toimintatapoja ja palveluja parhaaksi katsomallaan tavalla. Kunnat ovat siirtäneet sairaanhoitopiiriin tuottamia psykiatrian avopalveluita kuntiin usein säästösyistä. Kunnat voivat näin myös paremmin ennakoida palveluiden käyttöä ja kustannuksia. Pulmallista on kuitenkin se, että palvelut ovat hajautuneet monen tuottajatahon kesken. Mielenterveyspalveluiden järjestämisen ja vastuun hajautumisen vuoksi eri palveluiden tuottajien väliset yhteistoimintakäytännöt eivät ole aina toimivia eikä nykyinen kuntien hallinnollinen mielenterveyspalvelujen organisointi ole kyennyt huolehtimaan kokonaisuudesta.

Avopalveluiden kehitys on jäänyt 1990-luvun sairaalapaikkojen purkamisen jalkoihin. Vaikka taloudellisen taantuman tiedettiin lisäävän psykiatrisen hoidon tarvetta, ei avohoitoa ole vielä saatu kuntoon. Tarkastuksen haastattelut osoittivat, että kunnissa ei ole riittävästi

²¹¹ *Suomen Lääkärilehti (2007)*

²¹² *Mielenterveyslaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki, sosiaalihuoltolaki ja työterveyslaki*

tarpeenmukaisia avopalveluja. Uudelle vuosituhannele tultaessa henkilöstöä on avohoidossa edelleen vähemmän kuin vuonna 1990²¹³.

Valtakunnallisten palvelutietojen kannalta olisi etua, mikäli kunnilla olisi yhtenäiset mielenterveyspalvelujen tilastointikäytännöt. Tällöin kuntien mielenterveyspalveluiden resurssit olisi helpompi kohdentaa palvelutarpeita vastaaviksi.

Kehitys on tuonut erikoistason palveluita kuntatasolle, mutta samalla yhteydet eri toimijoiden välillä ovat monimutkaistuneet. Julkiset mielenterveyspalvelut ovat kaventuneet. Esimerkiksi kunnista puuttuvat ns. matolan kynnyksen paikat tai palveluiden piiriin on vaikea päästä. Palveluita on myös ulkoistettu tai hankittu ostopalveluina. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että ostopalveluiden piirissä olevien potilaiden hoito voi jäädä irralleen muista sosiaali- ja terveystalouksista.

Palveluiden hajautuneisuus tuli näkyväksi moniongelmaisten potilaiden kohdalla. Potilaita palloitellaan hoitopaikasta toiseen, koska sosiaalitoimi tai työterveyshuolto on epätietoinen siitä, minne potilaat tulisi ohjata.

3.4 Mielenterveyspalveluiden kustannukset

3.4.1 Kustannus selvitykset ja palveluiden käyttö

Mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset ovat moniin muihin sairauksiin verrattuna varsin suuret. Kustannuksia kasvattavat sairastuminen hyvin nuorella iällä ja pitkä sairastamisaika. Yhteiskunnalliset kustannukset ilmenevät ennen kaikkea suurina työkyvyttömyyden aiheuttamina tuotannonmenetyslukuina eli epäsuorina kustannuksina, mutta pitkien hoitajaksojen vuoksi ovat suorat hoitokustannukset myös merkittäviä (esimerkiksi 2,5 hoitajaksoa vuodessa, noin kahdeksan viikkoa per hoitajakso).²¹⁴

Euroopan parlamentti antoi päätöslauselmaesityksen väestön mielenterveyden parantamiseksi vuonna 2006. Esityksessä todettiin, että mielenterveyspalveluihin olisi saatava rahoitusta, joka vastaisi niitä kustannuksia, joita mielenterveyden häiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle.²¹⁵ Suomessa koko maan kattavia selvityksiä taloudellisista voimavaroista ei kuitenkaan ole tehty. Mielenterveyshäiriöiden yhteiskunnallisia kustannuksia on sel-

²¹³ Suomen Lääkärilehti (2009b)

²¹⁴ Vohlonen ym. (2003)

²¹⁵ <http://www.europarl.europa.eu>

vitetty, mutta ne perustuvat Kansaneläkelaitoksen sairauspäivätilastoihin ja Stakesin erikoissairaanhoidon käyntitietoihin²¹⁶. Peruspalveluissa tehtävän mielenterveystyön määrästä (lääkärin, hoitajan, sosiaalityöntekijän, psykologin ym.) ei ole tarkkaa tietoa, vaikka suurin osa psyykkisten häiriöiden vuoksi hoidon piirissä olevista hoidetaan yleensä perusterveydenhuollossa eikä erikoissairaanhoidossa.

Urpo Kiiskisen ym. tutkimuksessa selvitettiin kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnallisia kustannuksia. Kustannuksista 20 prosenttia johtui mielenterveysongelmien laitoshoidosta.²¹⁷ Tutkimuksen tiedot perustuvat vuoden 1995 tietoihin, joten ne eivät vastaa tämän päivän huomattavasti avohoitopainotteisempaa palvelujärjestelmää.

Lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveyskäynnit ovat lisääntyneet 58 prosenttia vuosina 1994–2006. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä oli yhteensä 1,3 miljoonaa vuonna 1994 ja 2,1 miljoonaa vuonna 2006. Erikoissairaanhoidossa toteutuneet psykiatrian käynnit ovat absoluuttisesti lisääntyneet 200 000 käynnillä (1 430 000 käyntiä vuonna 2006) ja suhteellisesti 17 prosentilla vuodesta 1994. Aikuispsykiatrian käynnit ovat vaihdelleet vuosittain 1,1 miljoonan molemmin puolin.

Mielenterveyskäynnit ovat lisääntyneet eniten perusterveydenhuollossa. Vuonna 1994 perusterveydenhuollossa tilastoitiin kaikkiaan mielenterveyskäyntejä noin 100 000. Vuonna 2006 määrä oli 650 000 käyntiä.

Kuntakohtaiset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon mielenterveyskäynnit tilastoidaan käyntinä 1000 asukasta kohden.²¹⁸ Mielenterveyskäyntien määrä on lisääntynyt perusterveydenhuollossa järjestetyssä mielenterveystyössä.²¹⁹ Luotettavaa valtakunnallista kuvaa käynneistä on kuitenkin vaikea saada, koska mielenterveyskäyntien tilastointikäytännöt vaihtelevat kuntakohtaisesti. Esimerkiksi terveyskeskusten

²¹⁶ Kiiskinen ym. (2005); Vinni & Sintonen (1989)

²¹⁷ Kiiskinen ym. (2005)

²¹⁸ Avohoitokäynnillä tarkoitetaan asiakkaan/potilaan terveyden- ja sairaanhoidokäyntiä vastaanotolla tai terveydenhuollon ammattihenkilön suorittamaa käyntiä asiakkaan/potilaan luona. Avohoitokäyntejä ovat esimerkiksi erilaiset vastaanottokäynnit, terveystarkastus-, rokotus- ja seulontakäynnit sekä käynnit, jotka liittyvät terveydentilan selvittämiseen. Mielenterveyskäynteihin tilastoidaan käynnit, jotka ovat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtynyttä mielenterveystyötä.

²¹⁹ <http://www.stakes.fi/tilastot/aiheittain/terveyspalvelut/avohoido/erikoissairaanhoidonavohoido>

mielenterveyden lääkärikäyntejä ja käyntejä muille henkilöstöryhmille ei kirjata järjestelmällisesti.²²⁰

Lääkehoito on yksi psykiatristen sairauksien hoitomuoto. Psykiatristen sairauksien hoitoon on viime vuosikymmenen aikana kehitetty uusia lääkkeitä. Lääkkeiden hintojen nousu on lisännyt myös hoidon kokonaiskustannuksia. Psykelaäkkeiden käytöstä tietoa saadaan Kansaneläkelaitoksen myöntämistä erityiskorvausten päätöksistä, apteekkien keräämien reseptitietojen kautta sekä lääkkeiden tukkumyynnistä kerättävien tietojen kautta.²²¹ Vuonna 2007 Kansaneläkelaitos korvasi psykiatrian erikoisalalan avohoidon lääkkeitä kaikkiaan 80,9 miljoonalla eurolla, joka oli 5,1 prosenttia kaikista korvatuista lääkekustannuksista²²². Depressiolääkekorvauksia saaneiden henkilöiden määrät olivat suurimmat tarkastuksen suurissa kunnissa.

Vuonna 2007 työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 44,1 prosentilla oli eläkkeen perusteena jokin mielenterveyshäiriö. Mielenterveyssyistä alkaneissa eläkkeissä yli puolella ensimmäisenä diagnoosina oli masennus. Viime vuosina erityisesti toistuvaan masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden määrät ovat kasvaneet nopeasti.²²³

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivät olivat vuonna 2008 ensimmäistä kertaa Kansaneläkelaitoksen suurin kuntoutujaryhmä. Mielenterveyden häiriöiden vuoksi kuntoutusta sai 28 500 henkeä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, jotka vuosikymmeniä olivat kuntoutuksen tärkein sairausryhmä, jäivät viime vuonna lukumääräisesti toiseksi. Mielenterveyskuntoutujien lukumäärä on kasvanut viime vuosina voimakkaasti: vuosina 2000–2008 lisäys oli 75 prosenttia. Kuntoutujien kokonaismäärä kasvoi vastaavana aikana vain 4,7 prosenttia. Psykoterapiaa sai vuonna 2008 kaikkiaan 14 100 henkeä, mikä oli 8,3 prosenttia enemmän kuin vuotta aiemmin. Psykoterapiaa saaneiden määrä onkin kaksinkertaistunut 2000-luvulla.²²⁴

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin selvityksessä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiinteiden kustannusten arvioitiin olevan vuositasolla 85–159 euroa asukasta kohden²²⁵. Mieli 2009-työryhmän mukaan luku on pieni, jos sitä verrataan esimerkiksi terveyden- ja vanhustenhuollon kokonais-

²²⁰ *Stakes (2005b)*

²²¹ *Emt.*

²²² *Kelan sairausvakuutuslaskelma (2007)*

²²³ *Gould ym. (2007)*

²²⁴ *Kelan sairausvakuutuslaskelma (2007)*

²²⁵ *Emt.*

menoihin, jotka vuonna 2004 olivat 1 399 euroa asukasta kohden.²²⁶ Peruspalveluiden osuus mielenterveys- ja päihdetyön kustannuksista vaihteli Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehdyn selvityksen mukaan 9–17 prosenttia, kuntien palvelujärjestelmän mukaan.

Kuntaliitto on vuodesta 2000 kerännyt tietoa keskisuurten ja suurten kaupunkien terveydenhuollon ikävakioiduista menoista asukasta kohden²²⁷. Tarkastuskunnista puolet kuului selvityksen piiriin. Tarkastuskuntien keskimääräiset psykiatrian avohoidon kustannukset kasvoivat asukasta kohden vuodesta 2000 vuoteen 2007 yli 100 prosenttia. Kuitenkaan sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset menot eivät ole paljon muuttuneet vastaavana ajanjaksona. Kuntaliiton selvityksen mukaan psykiatrian avohoidon asukaskohtaiset kustannukset vuonna 2007 olivat 49–130 euroa suurissa kaupungeissa ja pienissä kaupungeissa 32–118 euroa.²²⁸ Kustannusten suuri vaihteluväli voi johtua siitä, että erikoislääkärijohtoisen terveyskeskuksen kustannukset sisältävät myös muita erikoislääkäritasoisia mielenterveyspalveluja.

Kuntien näkökulmasta suuri ongelma on erikoissairaanhoidon jäsenkuntalaskutuksen vuosivaihtelun ennakoimattomuus, joka vaikeuttaa kunnan taloushallinnon suunnittelua ja kustannuskehityksen hallintaa. Ongelmaa yritetään ratkaista muun muassa FCG Efekossa vuonna 2008 käynnistetyssä Vakka-hankkeessa. Hankkeessa pyritään kehittämään terveydenhuollon kuntarahoituksen vakautta edistäviä rahoitusmalleja. Siinä tarkastellaan erityisesti sitä, mikä olisi kunnan optimikoko, jos lähtökohtana on kunnan väestön sairastumisen ja sairaanhoidon kustannusten ennustettavuus sekä näiden kustannusten ennustettavuuden optimikoko.

Tarkastushaastattelun mukaan lasten ja nuorten palvelujen kustannukset voidaan laskea yli sektoreiden²²⁹ mutta aikuisten ei. Kuntien palvelujärjestelmä on hyvin kirjava, mikä hankaloittaa kustannustietojen keruuta ja kirjaamista. Toinen ongelma on se, ettei terveyskeskusten avohoitokäyntejä ja muulla henkilöstöllä (esimerkiksi depressiohoitajilla, psykologeilla, terveydenhoitajilla) mielenterveyskäyntejä kirjata järjestelmällisesti.²³⁰

²²⁶ *Stakes (2007b)*

²²⁷ *Kuntaliitto, sähköposti 27.3.2009*

²²⁸ *Emt.*

²²⁹ <http://lempaala.fi>>nuorisoeuro

²³⁰ *Stakes (2005b)*

3.4.2 Mielenterveyspalvelujen rahoitus

Mielenterveyspalveluja rahoittavat muun muassa valtio, kunnat ja Kansaneläkelaitos. Valtio rahoittaa toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten valtionosuuksien kautta. Valtion talousarviossa on vuonna 2008 osoitettu noin 5 miljardia euroa sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin valtionosuuksiin. Valtionosuuksissa ei ole korvamerkittyä rahaa mielenterveyspalveluihin. Valtion talousarviossa on vuosina 2000–2007 myönnetty valtionavustusta lasten ja nuorten psykiatriaan. Vaikka avustusten katsotaan vahvistaneen lasten- ja nuorisopsykiatrian rahoitusta, on sen katsottu tehneen toiminnasta kuitenkin lyhytjänteistä ja epäjatkuvaa. Pitkäjänteistä suunnittelua on ollut vaikea toteuttaa.

Kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistamista on valmisteltu osana Paras-hanketta. Uudistusta on perusteltu kuntien toimintaympäristön tulevilla muutostarpeilla, palvelujen kysynnän muutoksella sekä kunta- ja palvelurakenteen uudistamisella. Kuntien valtionosuusjärjestelmää on tarkoitus uudistaa vuoden 2010 alusta. Uudistus säilyttää kuitenkin verotuloihin perustuvan valtionosuuden ja harkinnanvaraisen rahoitusavustuksen ennallaan.

Hallinnon ja aluekehityksen ministerityöryhmä on puoltanut toukokuussa 2009 hallinnonalakohtaisten valtionosuuksien yhdistämistä ja erityisen harvaan asuttujen kuntien ja saaristokuntien valtionosuuksien korottamista. Uudistuksen tarkoituksena ei ole muuttaa yksittäisten kuntien valtionosuuksia ja niiden määräytymisperusteita. Valtionosuusjärjestelmän perusrakenne säilyy lähtökohtaisesti nykyisellään.²³¹

Hankkeet ja kehittämisrahoitus

Valtio rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä hankerahoituksella. Mielenterveys- ja päihdehankkeisiin on suunnattu runsaasti resursseja edellisen ja nykyisen hallituskauden aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksina maksettaviin hankkeisiin varattiin vuonna 2005 yhteensä 54,4 miljoonaa euroa ja vuodelle 2006 yhteensä 55,2 miljoonaa euroa. Kansallisen terveydenhuollon hankkeeseen varattiin määrärahaa vuosittain 30 miljoonaa euroa vuosina 2004–2007. Vuosille 2008–2011 valtion budjettikehyksissä on varattu valtionavustuksia yhteensä 104,2 miljoonaa euroa. Uuden Kaste-ohjelman tarkoituksena on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä. Näihin tavoit-

231 Valtioneuvoston kanslia (2009)

teisiin pyritään ehkäisemällä ongelmia, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit.

Vuonna 2004 sosiaali- ja terveysministeriön ja lääninhallitusten päätöksillä myönnettiin valtionavustusta noin 250 kehittämishankkeelle. Näistä mielenterveys- ja päihdetyön hankkeita oli 82, ja niihin suunnattiin rahoitusta yhteensä 13,9 miljoonaa euroa. Valtionavustuksen myöntämisen ehtona oli, että hankkeen toteuttamiseen sitoutuu useita kuntia ja sairaanhoitopiirejä.²³² Haastateltujen lääninpsykiatrien mukaan valtionavustuksia suunnattiin erityisesti laajoihin kehittämishankkeisiin yhtenäisten valtakunnallisten kriteerien mukaan.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen hankkeen tavoitteena oli tuottaa mielenterveys- ja päihdepalvelut ja niihin liittyvä päivystys seudullisena kokonaisuutena. Valtionavustuksen myöntämisen ehtona oli, että kehittämistyön pohjaksi laaditaan mielenterveys- ja päihdetyön kokonaissuunnitelma. Tavoitteena oli, että yhteistyö kuntien perus- ja erityispalveluiden ja muiden palvelun tuottajien välillä olisi toimivaa.²³³

Resurseja on suunnattu erityisesti lasten ja nuorten ennalta ehkäiseviin palveluihin. Vuosina 2000–2007 lasten ja nuorten psykiatria on myönnettiin ns. korvamerkittävää valtionavustusta yhteensä 14,7 miljoonaa euroa.²³⁴ Nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämishankkeeseen on myös vuonna 2009 lisätty 3,2 miljoonaa euroa.

Mielenterveystyön painopisteenä on ollut muuttaa palveluita avohoitopainotteisemmaksi. Tarkastushaastateltujen mukaan kuntien laitoshoidon onkin määrätietoisesti purettu ja avohoittoa on kehitetty. Työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on kehitetty muun muassa siten, että lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien hoito on siirretty osaksi perusterveydenhoitoa. Haastateltujen lääninpsykiatrien mukaan avopalvelut ja mielenterveyskuntoutus eivät kuitenkaan ole vahvistuneet, vaan pikemminkin niiden resurssit ovat niukentuneet.

Kunnat rahoittavat mielenterveyspalveluita kunnallis-, yhteisö- ja muilla veroilla, laskennallisilla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksilla, mahdollisesti harkinnanvaraisilla rahoitusavustuksilla sekä asiakasmaksuilla. Asiakkaat maksavat laitoshoitopalveluista perittävän maksun. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyn mukaan.²³⁵ Erikoissairaanhoidon

²³² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004c)*

²³³ *Emt.*

²³⁴ *Wahlbeck (2007)*

²³⁵ *L 734/1992*

avoyksiköissä annettava hoito sen sijaan on asiakkaille pääosin maksutonta.

Raha-automaattiyhdistys (Ray) rahoittaa mielenterveyspalveluja tukemalla harkinnanvaraisesti yksityisten yritysten ja säätiöiden investointeja ja kehittämisprojekteja. Ray:n vuoden 2008–2011 yhtenä päälinjauksena on terveyttä ja toimintakykyä uhkaavien ongelmien ehkäiseminen. Avustuksen painoalueena on ehkäistä merkittäviä kansanterveysongelmia kuten mielenterveys- ja päihdeongelmia. Hankkeisiin ja avustuksiin suunnataan 90 miljoonaa euroa. Rahoituksen suuntaamisen toinen pääpaino on sosiaalisen ja taloudellisen syrjäytymiskehityksen katkaiseminen. Avustuksia suunnataan sellaiseen toimintaan, joka edistää huono-osaisuuteen ja syrjäytymiseen liittyvien oireiden havaitsemisesta ja varhaista puuttumista. Kohderyhmänä ovat erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät kansalaiset ja perheet sekä sairauden, vammaisuuden tai pitkäaikaisen työttömyyden seurauksena toimintakykyään menettäneet. Vuoden 2008 talousarviossa syrjäytymisen vähentämiseen on suunnattu Raha-automaattiyhdistyksen avustuksia yhteensä 88 miljoonaa euroa.

Väestön ikärakenteen muutoksella ja muuttoliikkeellä on palvelutarpeiden ohella myös kunnallistaloudellisia seurauksia. Väestörakenteen ja verotulojen erojen vaikutuksia pyritään kuitenkin tasoittamaan valtionosuusjärjestelmällä. Käytännössä väestörakenteen muutosten suuruuden arviointi on kuitenkin hankalaa, koska kunnat järjestävät palvelunsa monin eri tavoin ja palveluiden yksikkökustannukset vaihtelevat paljon. Vaikka nykyinen valtionosuusjärjestelmä korvaa ikääntymisen tuomaa rasitusta kunnallistaloudelle, järjestelmä on kuitenkin monimutkainen ja voi erilaisissa tilanteissa tuottaa erilaisia muutoksia yksittäisissä kunnissa.²³⁶

3.4.3 Havainnot tarkastuskunnista

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kuudessa kunnassa psykiatrian erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen käyttö oli suurin piirtein samanlaista. Yhdessä kunnassa perusterveydenhuollon mielenterveystyön avohoidon käyttö oli erikoissairaanhoidon runsaampaa. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että tämä voi johtua kunnan psykiatrian järjestämistavasta tai siitä, että lievät ja keskivaikeat mielenterveysongelmat hoidetaan pääasiassa terveyskeskuksessa. Toisessa kunnassa perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit olivat vähäisiä, kun taas erikoissairaanhoidon psykiatrian avopalvelujen käyttö oli runsaampaa.

²³⁶ Nivalainen & Volk (2002)

Aiemmin kunnassa psykiatrinen hoito oli ollut laitospainotteista. Nyt kunnassa oli meneillään avohoidon ja asumispalvelujen uudelleen organisoimista.

Siihen kysymykseen, miten kunnissa on kyetty arvioimaan realistisesti asukkaiden tarvitsemat palvelut ja niistä aiheutuvat kustannukset, neljä kuntaa arvioi pystyvänsä hyvin huonosti ennakoimaan tulevaa kustannuskehitystä. Kolme kuntaa arvioi, ettei nykyisellä kuntaorganisaatiomallilla kyettä arvioimaan palvelujen tarvetta ja kustannuksia. Tämän katsotaan johtuvan erikoissairaanhoidon kustannusten kasvusta. Haastateltujen mukaan potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon suoraan päivystyksen kautta, jolloin kunnalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa kustannuksiin. Esimerkiksi vuonna 2007 kaikista päättyneistä hoitjaksoista yli puolet (27 027) oli alkanut päivystyksenä (keskimääräinen pituus oli 36 hoitopäivää).²³⁷ Sairaanhoidon kustannusten vaihtelu ja ennakoimattomuus voivat liittyä kalliiden hoitjaksojen satunnaisuuteen, kokonaispalvelutarpeen vuosivaihteluun, uusien hoitomenetelmien käyttöönottoon tai yleiseen kustannustason kasvuun.²³⁸ Erityisesti pienemmän kunnan on vaikeampi mitoitaa oikein erikoissairaanhoidon tarpeensa ja rahoituksensa kuin suuremman kunnan, jossa suurempi väestöpohjaa ja laajempi rahoituspohja tasaavat yksittäisten kalliiden hoitjaksojen kustannusvaikutusta.²³⁹

Vaikka haastatteluissa tuotiin esille, että kuntia kuormittavat psykiatrisen laitoshoidon käyttö, ei aikuispsykiatrian laitoshoidon saaneiden eikä hoitopäivien määrä ole valtakunnan tasolla merkittävästi muuttunut 2000-luvulla.²⁴⁰

Monet sairaanhoitopiirit toteavat, että kunnat eivät aina noudata sairaanhoitopiirien arvioita vaan alentavat niitä. Tämän katsotaan johtuvan siitä, että heikko taloustilanne pakottaa kunnat tekemään liian tiukkoja talousarvioita. Sairaanhoitopiirin arviot ovatkin yleensä jälkikäteen osoittautuneet kuntien tekemiä realistisemmiksi.²⁴¹

Kuntahaastattelujen mukaan erikoissairaanhoidon kustannuksista käydään sairaanhoitopiireissä neuvotteluja. Neuvottelujen pohjana ovat kuntaprofiilit ja palvelutarveanalyysit, ja näillä yhdessä kuntien historiatieto-

²³⁷ *Psykiatrisen erikoissairaanhoidon laitoshoidon tiedot kerätään kaikista kuntien, kuntayhtymien ja valtion sairaaloista sekä yksityissairaaloista. Tiedot kuvaavat potilaan tulo-, hoito- ja poistumistietoja.*

²³⁸ *Kuntalehti (2009)*

²³⁹ *Emt.*

²⁴⁰ *Harjajärvi ym. (2006)*

²⁴¹ *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2003)*

jen ja sairaanhoitopiirin kanssa tehdään kuntakohtainen arvio seuraavalle vuodelle.²⁴²

Tarkastushaastatteluissa ilmeni, ettei kunnan taloudellisella tilanteella ole ollut vaikutusta mielenterveyspalvelujen järjestämiseen. Osassa kuntia yleinen niukkuus on näkynyt, mutta se ei ole vaikuttanut mielenterveyspalvelujen järjestämiseen. Lisäksi psykiatrian katsottiin pärjänneen sosiaali- ja terveydenhuollon budjettineuvotteluissa melko hyvin. Joissakin kunnissa käyttötalouden talousarvion kiristyminen oli vaikuttanut mielenterveystyön henkilöstön koulutukseen.

Yhdessä kunnassa säästöjä on lähdetty etsimään palveluja kehittämällä, ei palveluja karsimalla. Kunnan johdolta oli saatu ohjeet, etteivät kustannukset saa ainakaan kasvaa. Kahdessa kunnassa oltiin sitä mieltä, että kunta on ollut kovin halukas maksamaan pitkiä sairaalahoitojaksoja. Haastatellun sosiaalitoimen edustajan mukaan kunnan taloudellinen tilanne ei ole vaikuttanut mielenterveyspalvelujen järjestämiseen, jos verrataan siihen, kuinka paljon kunnassa käytetään rahaa laitoshoitoon.

Haastatellut kokivat ongelmaksi myös monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ja osaoptimoinnin. Heidän mukaansa hallinnolla on usein pyrkimys siirtää kustannuksia toisen sektorin kannettavaksi. Sosiaalitoimen edustajan mukaan sosiaalitoimen vastuulle kaatuvat usein sellaiset asiakkaat, joilla on talous- ja päihdeongelmia. Hallinnon optimoidessa kustannuksia mielenterveysasiakasta saatetaan pahimmillaan pompotella palvelutyypistä toiseen.

Sosiaalitoimessa nähtiin, että niukassa taloudellisessa tilanteessa mielenterveyspalvelujen sisältö saattaa kaventua. Esimerkiksi ensimmäisenä saatetaan karsia ennalta ehkäisevistä palveluista ja koulutuksesta.

Kaikki kuntahaastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, ettei menoja voida ennakoida nykyisellä kuntien talouslaskennalla ja kuntien budjettiohjauksella. Esimerkiksi yli puolet hoitojaksoista on alkanut päivystyksenä. Ongelmana on myös se, ettei tilastotiedoista saada luotettavaa kuvaa siitä, millaisesta käynnistä psykiatriassa on ollut kyse. Käynti voi olla ensikäynti, jolloin potilasta tutkitaan huomattavasti pidempään tai uusintakäynti, jolloin saatetaan tarkistaa vain potilaan lääkitys. Tällöin aikuispsykiatrian avohoidon kustannuskäynti voi vaihdella ensikäynnin 204 eurosta uusintakäynnin 83 euroon.

²⁴² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2003)*

3.4.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät

Kunnan taloudellinen tilanne ja mielenterveyspalvelut

Tarkastushavaintojen mukaan kunnan taloudellisella tilanteella ei näytä olevan suurempaa merkitystä, mutta kuntatalouden kiristyessä palvelut saattavat kaventua. Sama voi näkyä siten, että ensimmäisenä vähennetään esimerkiksi ennalta ehkäisevistä palveluista tai koulutuksesta.

Suurin osa kuntien käyttömenoista kuluu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen. Kuntien rahoitustilanteen kiristyessä muuttoliike ja ikään-tyminen aiheuttavat muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjontaan ja kysyntään. Kustannussäästöjen tavoittelu on yksi syy ulkoistaa kunnan mielenterveyspalvelujen tuotanto yrityksille ja järjestöille. Muita syitä ovat esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäripula.

Nyt kunnissa rakennetaan mielenterveyspalveluja ennestään vähäisillä voimavaroilla, yhdistämällä palveluja ja tekemällä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Mikäli esimerkiksi yhdistyvien kuntien tavoitteena on yhtenäinen mielenterveystyön palvelujärjestelmä, pitää palvelutarpeen määrittelyn ja siihen vastaamisen periaatteiden ja erilaisten mittareiden sekä tilastoinnin olla yhtenäisiä. Tällöin kuntien tulisi tuoda toiminta-käytännöt lähemmäksi toisiaan.

Vaikka kuntahaastatteluissa tuotiin esille, että kuntia kuormittavat psykiatrisen laitoshoidon käyttö, ei laitoshoidon saaneiden eikä hoitopäivien määrä ole merkittävästi muuttunut 2000-luvulla. Sen sijaan avoterveydenhuollon palvelujen käyttö kunnissa ja työterveyshuollossa on lisääntynyt.²⁴³

Työterveyshuollon tarkastushavainnot osoittivat, että mielenterveysongelmia kannattaa ehkäistä ja niillä voidaan ehkäistä pitkiä sairaalahoitojaksoja ja sairaslomia.

Tarkastushavaintojen mukaan työterveyshuollon henkilöstö reagoi nykyisin huomattavasti nopeammin ja herkemmin mielenterveysongelmiin. Aiemmin lievät ja keskivaikeat asiakkaat lähetettiin mielenterveystoimistoon. Nyt heitä pyritään hoitamaan työterveyshuollossa. Henkilöstö on myös saanut koulutusta mielenterveysongelmien ja masennuksen hoidossa sekä ongelmien varhaisessa tunnistamisessa.

Tarkastushaastattelujen mukaan työterveyshuollossa on jo varsin laaja palveluvalikoima mielenterveyden ehkäisyssä ja ongelmien varhaisessa tunnistamisessa. Laajimmat palveluvalikoimat olivat niissä työterveyshuollon yksiköissä, jotka toimivat omana tai yritysten yhteisenä työter-

²⁴³ Harjajärvi ym. (2006)

veyshuollon yksikkönä. Niiden palveluvalikoima sisälsi monenlaista har-
rastetoimintaa, kuntoutusta, erikoislääkäritasoisia palveluja ja terapiaa.

Kokonaiskuva mielenterveyspalveluiden menoista ja palvelutarpeesta

Kunnat ovat saaneet vapauden järjestää kuntalaisten mielenterveyspalve-
lut haluamallaan tavalla, ja sen seurauksena järjestämistavat vaihtelevat
kuntien välillä. Voidaan olettaa, että tällöin myös mielenterveyden hoidon
kustannuksissa on alueellista vaihtelua²⁴⁴. Kirjava palvelujärjestelmä han-
kaloittaa kuitenkin kustannustietojen keruuta ja vertailua valtakunnallisel-
la ja paikallisella tasolla. Mielenterveyspalveluiden nykytilanteesta ei ole
käytettävissä eri sektoreilla (sosiaali- ja terveystoimi) ja eri sektoreiden si-
sällä (lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä, kotipalvelu) tapahtuvia kunta-
kohtaisia mielenterveyspalvelujen käytön seurantatietoja.

Aikuispsykiatrian menokehityksestä 2000-luvulla voidaan antaa vain
suuntaa antavaa tietoa. Kuntien mielenterveyspalveluihin liittyvien avo-
hoitotietojen kerääminen on työlästä ja aikaa vievää. Mielenterveyspalve-
luja tuotetaan nyt monen sektorin toimesta. Tilastotieto on koottu suuriksi
tietokannoiksi ja rekistereiksi, ja niistä yksittäisten ja riittävän havainnol-
listen lukujen valikoiminen ja poimiminen on vaatinut erityisosaamista.
Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehty selvitys osoitti, että työ on vaatinut
aktiivista seurantaa ja kirjaamista useiden eri sektorien työntekijöiltä. Silti
selvityksen laskelmassa todettiin olevan suuria epävarmuustekijöitä siinä,
miten eri toimijat kirjaavat palvelujen käyttöä. Samaan ovat päätyneet
myös Pirkola ja Sohlman selvittäessään mielenterveyteen liittyviä tunnus-
lukuja. Nykyisen tilastotiedon ongelma on se, ettei terveyskeskusten tai
muiden palveluntuottajien mielenterveyskäyntejä kirjata järjestelmällises-
ti. Tämä johtuu kirjavista kirjaamiskäytännöistä ja ATK-järjestelmistä se-
kä vaihtelevista asenteista tilastoimiseen ja tietosuojaan liittyviin ratkai-
semattomiin kysymyksiin²⁴⁵. Avohoidon tilastointia haittaa erityisesti se,
että mielenterveyspalvelut ovat pirstaloituneet usealle eri sektorille ja
usean eri sektorin erilaisiin toimintoihin. Mielenterveysindikaattoreita ke-
rätään, mutta ne eivät kerro mitään tämän hetkisistä kuntien monimuotoi-
sista ja monitoimijatahoisista mielenterveyspalveluista. Kuntien mielen-
terveyspalvelujen eriytyessä kasvavat myös tilastojen vertailuongelmat.
Palveluja organisoidaan ja tuotetaan monin eri tavoin. Mitä kirjavampi
palvelukenttä, sitä vaikeampaa on sen toiminnan ja talouden tilastointi.

²⁴⁴ Vitikainen ym. (2005)

²⁴⁵ Stakes (2005b)

Mielenterveyspalvelujen kustannusten arviointitietoa on, mutta tiedot ovat pahasti vanhentuneet. Lisäksi kustannuksia on usein tarkasteltu vain yhden sektorin näkökulmasta. Mielenterveysongelmien aiheuttamat haitat koskettavat kuitenkin koko yhteiskuntaa, joten tarvitaan ajantasaista ja kattavaa tietoa palveluiden kustannusten kehittymisestä. Mielenterveyspalvelujen käyttö lisää monen eri sektorin menoja välittömästi. Sen sijaan erilaiset mielenterveyteen liittyvien ehkäisytoimenpiteiden taloudelliset hyödyt tulevat suurelta osin näkyviin vasta pitkällä aikavälillä.

Nykyisessä terveydenhuollon rahoitusjärjestelmässä kuntien on vaikea toimia ennakoivasti ja suunnitelmallisesti. Kunnat joutuvat kuntakohtaisen vuosittaisen mielenterveyden sairastumisen vaihtelun määrän mukaan varautumaan taloudellisesti erilaiseen tulevaisuuteen. Tämä aiheuttaa kunnalle taloudellista epävarmuutta, joka voi johtaa kunnan terveydenhuollon kustannusten ennakoimattomuuteen.

Mielenterveysongelmien ehkäisemistä ja varhaista puuttumista tarkasteltaessa ei aina voida määritellä, mitkä ovat ehkäisevän ja mitkä jo olemassa olevien mielenterveysongelmaa vähentävien toimintojen kustannuksia. Tämä on tyypillistä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Palveluihin sisältyy samanaikaisesti erilaisia varhaisen tuen, ehkäisevän työn ja avopalveluiden tukitoimia. Tarkastushavaintojen perusteella merkittävimmät kustannukset aiheutuvat työkyvyttömyyden tuotantopanosmenetyksistä ja laitoshoidon kustannuksista.

Mielenterveyspalveluiden käyttö ja kustannukset tulisi kuitenkin tuntea, koska mielenterveysongelmien hoidon osuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytöstä on merkittävä. Erilaisten järjestämistapojen kustannusten vertaaminen on tärkeää myös palveluiden suuntaamisessa, koska voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö mielenterveyspalveluissa parantaa palveluiden kohdentamista tarpeen ja hyödyllisyyden mukaan.

Jotta kunta pystyisi vertailemaan erilaisia mielenterveyspalveluja, tulisi kunnan tietää omien palvelujen tarkat tuotantokustannukset. Tämä edellyttäisi kunnan tuottamien mielenterveyspalvelujen hinnoittelua ja tuotteistamista. Vasta silloin ostettavien mielenterveyspalveluiden kustannuksia voidaan luotettavasti vertailla kunnan omien mielenterveyspalveluiden kustannuksiin.

3.5 Yhteistyö mielenterveyspalveluissa

Avohoidon ja sairaalan yhteistyön kehittäminen on tärkeää, kun psykiatrisen sairaalahoidon roolia mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessa pyritään vähentämään edelleen²⁴⁶. Monimuotoisten avopalveluiden kehittäminen toimintaympäristössä, jossa palveluja tuottavat sairaanhoitopiirit, kunnat, sosiaali- ja terveystyöntekijät, yritykset ja kolmannen sektorin toimijat, korostaa entisestään yhteistyön merkitystä. Myös yhteistyö potilaan kanssa on tullut entistä tärkeämmäksi mielenterveystyön tavoitteiden saavuttamisessa mutta myös palvelujärjestelmän kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi. Ennakkoluuloton yhteistyö terveydenhuollon sisällä ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä mutta myös työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä luo mahdollisuuksia onnistua hyvän hoidon toteuttamisessa²⁴⁷. Hyvän hoidon onnistuminen edellyttää ennen kaikkea jatkohoidon onnistumista, joka tarkoittaa asiakkaan siirtymistä joustavasti ja saumattomasti hoito- ja palveluketjussa vaiheesta toiseen.

3.5.1 Jatkohoito

Jatkohoito käsitteenä löytyy mielenterveystyötä ohjaavista laeista ainoastaan erikoissairaanhoidolaista, jossa sillä tarkoitetaan joko potilaan siirtämistä sairaanhoitopiirin sairaalasta tai muusta sairaanhoitopiiriin toimintayksiköstä terveyskeskukseen tai sairaanhoitopiiriin sisällä siirtoa osastolta tai toimintayksiköstä toiseen²⁴⁸. Tarkastushaastattelujen mukaan jatkohoito on kuitenkin huomattavasti monimuotoisempaa.

Tarkastushaastatteluissa jatkohoito käsitettiin lähinnä potilaan siirtymiseksi hoitoyksiköstä tai palvelusta toiseen. Se miellettiin sairaalahoidon jälkeiseksi hoidoksi, ts. asteittaiseksi siirtymiseksi laitoshoidosta peruspalvelujen (sosiaali- ja terveyspalvelujen) piiriin. Perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon siirtymistä ei määritely jatkohoidoksi vaan hoitoon lähettämiseksi²⁴⁹.

Vaikka erikoissairaanhoidolaissa jatkohoito ymmärretään vain terveydenhuollon sisäiseksi toiminnaksi, osoittivat haastattelut, että siihen voi sisältyä myös sosiaalipalveluja. Sosiaalihuollossa jatkohoidosta puhutaan

²⁴⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a)*

²⁴⁷ *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet (2001)*

²⁴⁸ *L 1062/1989 31 § 5; 33 § 2*

²⁴⁹ *Vrt. Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a)*

palveluun ohjauksena. Siihen sisällytetään myös hallinnolliset rajat ylittäviin palveluihin, esimerkiksi työvoima- tai terveystalouden piiriin, ohjaaminen.²⁵⁰

Kuntien haastattelut toivat esille jatkohoitovariaatioiden runsauden. Erikoissairaanhoidossa se voi olla organisaatioiden sisäistä jatkohoittoa, jolloin potilas esimerkiksi sairaalassa siirtyy akuuttiosastolta kuntoutusosastolle tai suljetulta vastaanotto-osastolta avohoitoyksikköön. Erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä se voi taas olla esimerkiksi akuuttiryhmästä vastaanottotiimiin tai vastaanottotiimistä päiväkeskukseen tai päiväsairaalaan siirtymistä. Perusterveydenhuollossa organisaation sisäinen jatkohoitto voi yksinkertaisuudessaan olla potilaan siirtämistä terveyskeskuslääkäriltä masennushoitajalle tai psykologidepressiohoitajan muodostamalle tiimille.

Terveydenhuollossa jatkohoitto voi olla myös potilaan siirtämistä organisaatiosta toiseen, esimerkiksi erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköstä terveyskeskukseen omalääkärille, terveyskeskuksen mielen-terveysyksikköön tai kotisairaanhoidon piiriin. Erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköstä potilas voidaan myös siirtää sosiaalitoimen järjestämien kotihoidon²⁵¹ tai asumispalvelujen piiriin, yksityissektorille (työterveydenhuoltoon tai yksityiselle terapeutille), kolmannen sektorin palvelujen piiriin tai myös suoraan kotiin.

Työterveyshuollossa jatkohoitto nähtiin enemmänkin omana toimintana kuin asiakkaan siirtämisenä hoitopaikasta toiseen. Enemmistö haastateluista katsoi jatkohoidon olevan hoidon onnistumisen seuranta: valvomista, ylläpitoa tai reseptien uusimista. Osa taas määritteli sen erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköstä uloskirjoittamisena, hoitovastuun siirtämisenä toiselle taholle, itseltään pois.

²⁵⁰ *Jatkossa jatkohoidosta puhuttaessa tai siihen viitattaessa käytetään käsitettä jatkohoitto.*

²⁵¹ *Suomessa on voimassa eräiden tehtävien järjestämistä koskeva kokeilu ajalla 1.1.2005–31.12.2010. Kokeilussa sosiaalihuoltoon kuuluvat kotipalvelut ja kansanterveysyöhön kuuluvat kotisairaanhoidon tehtävät on mahdollista yhdistää osittain tai kokonaan kotihoidoksi. Se, onko kotihoito terveystoimen tai sosiaalitoimen alaista toimintaa, määräytyy sen mukaan, vastaako sen toimeenpanosta sosiaalihuollon toimeenpanosta vastaava toimielin vai terveyshuollon toimeenpanosta vastaava toimielin. Jos kotihoidon kokeilua varten perustetaan uusi toimielin, niin kotihoidon toimintayksikön sijainti määräytyy sen toimintayksikön mukaan, mihin kotihoidon tehtävät painottuivat. (L 1428/2004). Lainsäädäntö antaa siten mahdollisuuden kotihoidon organisoimille alueellisesti erilailla.*

3.5.2 Hoitovastuu

Hoitovastuu nousi esille vain työterveyshuollon, ei kuntien, jatkohoitoa koskevissa käsityksissä. Asiakaslähtöisyyden ja yhteistyön näkökulmasta hoitovastuunjakoa koskeva kysymys on kuitenkin merkittävä. Sairaana tai mielenterveyshäiriöitä potevan ihmisen palvelukokonaisuus ei koostu vain monista yksittäin annetuista hoitomuodoista ja palveluista, vaan hänen hoitonsa voi koostua useasta toimenpiteestä, joita antavat useat eri tahot ja ammattilaiset.

Hoitovastuu toimintayksikön sisällä

Kuten alaluvussa 3.2.2 havaittiin hoidon porrastus mielenterveyshäiriöiden ja sairauksien hoidossa näytti toimivan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoidon porrastuksessa on kysymys eri organisaatioiden välisestä työnjaosta, joka perustuu sairauksien vakavuusasteeseen. Hoitovastuussa on sen sijaan kysymys potilaan hoitoon samanaikaisesti osallistuvien ammattilaisten välisestä hoitoa koskevasta työnjaosta. Terveystieteiden ammattihenkilöstöä koskevan lain mukaan²⁵² lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä, siihen liittyvästä hoidosta ja lääkkeiden määräämisestä. Ns. sairaudenhoitoprosessin²⁵³ eri vaiheista hoitovastuu kuuluu yksiselitteisesti aina lääkärille.

Muista terveydenhuollon ammattihenkilöistä todetaan vain, että heidän on sovellettava hyväksytyjä ja hyväksi havaittuja menettelytapoja ja otettava huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään²⁵⁴. Potilaslain²⁵⁵ ja asiakaslain²⁵⁶ mukaan potilaalla/asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja sosiaalihuoltoon. Täten muut terveydenhuollon ammattihenkilöt ja sosiaalihuollon toteuttajat ovat hoitovastuussa vain itse tekemästään toimenpiteestä.

Hoitovastuun näkökulmasta pulmallisia ovat ne tilanteet, joissa kysymys ei ole sairaanhoidosta vaan ehkäisevästä toiminnasta. Esimerkiksi työterveyshuollossa mielenterveyshäiriöitä poteva henkilö ei välttämättä käy työterveyslääkärin luona lainkaan, vaan hän voi ottaa suoraan yhteyden työterveyshoitajaan. Hän voi käydä työterveyshoitajan luona saamassa

²⁵² L 559/1994 22 §

²⁵³ Sisältää kolme vaihtetta: tutkimuksen, diagnosoinnin ja hoidon

²⁵⁴ L 559/1994 15 §

²⁵⁵ L 785/1992 3 §

²⁵⁶ L 812/2000 4 §

psykososiaalista tukea, ja työterveyshoitaja voi lähettää hänet työpsykologille konsultaatioon myös ilman työterveyslääkärin lähetettä. Tällöin psykososiaalisessa tuessa ja työpsykologin konsultaatioissa on kysymys ohjauksesta ja neuvonnasta, ei sairaanhoidosta, jolloin kenelläkään ei tavallaan ole hoitovastuuta työntekijästä. Työterveyshoitaja ja työpsykologi vastaavat vain antamastaan palvelusta. Sen sijaan jos lääkäri ohjaa potilaan työpsykologille tai työterveyshoitajalle, on kysymys sairaanhoidosta, ts. tutkimuksesta (konsultoinnista) tai hoidosta. Tällöin lääkäri kantaa hoitovastuun työterveyshuollossa annetusta hoidosta.

Haastatelluissa työterveysyksiköissä työterveyshoitaja yleensä antaa alkusysäyksen hoidon aloittamiseksi. Asiakkaan kanssa keskusteltuaan hän arvioi tilannetta ja toimii sen mukaan, esimerkiksi varaa ajan työterveyslääkärille tai konsultoi työpsykologia. Hän tapaa työntekijää myös säännöllisin väliajoin, seuraa työterveyslääkärin rinnalla tilannetta ja tukee potilasta työhön paluussa. Työterveyshoitaja on tavallaan työterveyshuollossa se henkilö, jolla on kokonaiskäsitely potilaan tilanteesta.

Haastattelujen mukaan kunnan tuottamassa erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä toimitaan myös tiiminä/työryhmänä. Ryhmään kuuluvat omalääkäri, omahoitaja ja mahdollisesti myös sosiaalityöntekijä. Omalääkäri on vastuussa psykiatrisesta hoidosta, omahoitaja hoidon käytännön toteutuksesta sekä sosiaalityöntekijä psykososiaalisesta tuesta, sosiaalisen tilanteen kartoittamisesta ja sosiaalitoimen palvelujen piiriin ohjaamisesta. Vaikka erikoissairaanhoidossa vastuu potilaalle annetuista palveluista jakautuu useammalle henkilölle, on lääkäri silti päävastuussa potilaan hoidosta.

Kunnan tuottaman erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä omahoitaja toimii potilaan ns. case-managerina. Hän on se henkilö, jonka puoleen potilas voi aina kääntyä omaa hoitoaan ja kuntoutustaan koskevissa kysymyksissä.

Yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluvassa kunnassa vaikeimpien mielen-terveyspotilaiden case-managereina kunnan tuottamassa erikoissairaanhoidon avohoidossa toimivat avokuntoutusohjaajat (mielenterveyshoitajat), ja he huolehtivat kotiin annettavista palveluista. He koordinoivat potilaiden palveluita laajemminkin, esimerkiksi varaavat tarvittaessa omalääkärille vastaanottoajan tai laboratorion ajan tarvittavien tutkimusten suorittamiseksi.

Puolessa tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista myös terveyskeskuksessa toimittiin mielen-terveysasioissa tiiminä. Tiimityöskentely ei ollut kuitenkaan yhtä tiivistä kuin työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä. Yhdessä terveyskeskuksessa terveyskeskuslääkäri voi konsultoida perusterveydenhuollossa toimivaa psykologia ja masennushoitajaa, joka voi lähettää potilaan konsultaatioon kunnan tuot-

taman erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikköön ilman terveysterveyskeskuslääkärin kirjoittamaa lähetettä. Hoitovastuu säilyy kuitenkin edelleen terveysterveyskeskuslääkärillä.

Toisessa terveysterveyskeskuksessa terveysterveyskeskuslääkäri voi ohjata potilaan psykiatrisen sairaanhoitajan luo keskustelukäynneille ja/tai joko konsultoida tai ohjata hänet terveysterveyskeskuksessa toimivan psykiatrian vastaanotolle. Jos terveysterveyskeskuslääkäri ohjaa potilaan psykiatrille, psykiatrisen hoitovastuu siirtyy psykiatrille ja muusta hoidosta hoitovastuu jää terveysterveyskeskuslääkärille.

Kolmannessa terveysterveyskeskuksessa tiimin muodostavat omalääkäri, psykiatri, psykiatrisen sairaanhoitaja ja psykologi. Haastattelujen perusteella hoitovastuu jakaantui tiimin jäsenten kesken siten, että omalääkäri tai psykiatri vastaa lääkehoidosta ja sen seurannasta, mutta psykiatri vastaa lisäksi myös muusta hoidosta, esimerkiksi psykologin konsultaatioon lähettämisestä. Psykologi vastaa lyhytterapiasta ja psykiatrisen sairaanhoitaja psykososiaalisesta tuesta.

Neljännessä terveysterveyskeskuksessa toimii psykologi-depressiohoitajatyöpari. Potilaat voivat ottaa suoraan yhteyden alueensa depressiohoitajaan. Jos työparin antama psykoterapeuttinen apu ei riitä, he voivat joko lähettää potilaan kaupungin erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikköön tai omalääkärille. Vaikka potilas on vain työparin hoidossa, kantaa lääkäri periaatteessa alueen omalääkärinä viimesijaisen vastuun potilaan hoidosta.

Hoitovastuu toimintayksiköiden välillä

Kansanterveyslain mukaan perusterveydenhuollossa potilaan hoitoon ottamisesta tai sairaalaan lähettamisestä päättää terveysterveyskeskuksen vastaava lääkäri²⁵⁷. Erikoissairaanhoidossa potilaan hoitoon ottamisesta ja hoidon lopettamisesta päättää erikoisalalan ylilääkäri johtavan lääkärin ohjeiden mukaan. Erikoisalalan ylilääkärin ohjeistamina myös joku muu sairaanhoitopiiriin lääkäri voi päättää potilaan hoitoon ottamisesta tai lähettamisestä toiseen hoitopaikkaan.²⁵⁸ Tarkastushaastattelujen mukaan hoitovastuun siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon tapahtuu siinä vaiheessa, kun erikoissairaanhoidon kirjoittaa epikriisin (hoidon loppulausunnon). Haastattelut kuitenkin osoittivat, että hoitovastuun siirtäminen toimintayksiköltä toiselle on käytännössä monisyisempää.

²⁵⁷ L 66/1972 17 §

²⁵⁸ L 1062/1989 33 §

Tarkastushaastattelujen mukaan, jos potilas on esimerkiksi perusterveydenhuollon järjestämien kotisairaanhoidopalveluiden piirissä ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikkö antaa kotisairaanhoidolle konsultaatioapua, kuuluu hoitovastuu edelleen perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidon vastaa vain konsultoinnista. Osa haastatelusta katsoi, että vastuu pitkäaikaissairaahan potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta kuuluu aina perusterveydenhuollolle myös silloin, kun potilasta hoidetaan erikoissairaanhoidossa.

Työterveydenhuollon haastatteluissa ilmeni, että työntekijä voi käydä samanaikaisesti sairaanhoidopiirin psykiatrian avohoidon toimintayksikössä ja työterveyshuollossa. Haastateltujen mukaan hoitovastuu on tällöin erikoissairaanhoidolla ja työterveyshuollon tehtävänä on lähinnä valvoa, että kaikki on kunnossa. Heidän mukaansa työterveyshuolto ei puutu lääkitykseen tai hoitoprosessiin, koska tällöin on vaarana, että erikoissairaanhoidon siirtää hoitovastuun heille.

Tarkastushaastattelujen mukaan vastuu mielenterveyspotilaasta siirtyy terveystoimelta sosiaalitoimelle siinä vaiheessa, kun asiakas siirtyy sosiaalitoimen järjestämien asumispalveluiden piiriin. Tällöin kunnan sosiaalityöntekijästä tulee asiakkaan hoidosta vastaava taho. Sen sijaan, jos potilas asuu kotonaan tai on sairaalassa, vastuu hänen hoidostaan kuuluu terveystoimelle.

Jos erikoissairaanhoidon avohoidossa olevalla potilaalla on psyykkisten oireiden ohella myös somaattisia oireita, haastattelujen mukaan potilas ohjataan terveyskeskukseen. Se, kuuluuko hänen hoitovastuunsa terveydenhuollossa erikoissairaanhoidolle tai perusterveydenhuollolle määrittyy, haastateltujen mukaan pitkälti sen mukaan, kumpaan vaivaan hänen tulkitaan tarvitsevan enemmän hoitoa.

Monella mielenterveyspotilaalla on myös päihdeongelma. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuolto jakavat hoitovastuun. Sosiaalitoimi kantaa hoitovastuun päihdeongelmista ja terveystoimi mielenterveysongelmista. Haastattelut viittaavat myös siihen, että osassa kuntia on omaksuttu käytäntö, jonka mukaan päihdeongelma on ensisijainen ja mielenterveysongelma on toissijainen. Tällöin henkilön päihdeongelma pitää olla hoidettuna ennen kuin terveystoimessa aloitetaan mielenterveysongelmien hoito.

3.5.3 Yhteistyön ongelmat

Tarkastushaastattelujen mukaan työterveyshuolto ja sosiaalihuolto eivät tee yhteistyötä mielenterveystyöhön liittyvissä asioissa, joskin tarvittaessa työterveyshuolto ohjaa asiakasta hakeutumaan sosiaalihuoltoon. Työter-

veyshuollon näkemyksen mukaan tämä johtuu siitä, ettei heidän asiakkailaan ole sentyyppisiä ongelmia, joita sosiaalitoimessa hoidetaan.

Myös perusterveydenhuollon haastateltavat ilmoittivat tekevänsä hyvin harvoin yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa mielenterveysasioissa. Haastateltujen terveyskeskuslääkärien mukaan tämä johtuu perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisestä perinteisestä raja-aidasta. Kiintoisaa oli kuitenkin se, etteivät haastatellut osanneet tarkemmin kertoa, mistä raja-aidassa oikein on kysymys. Sosiaalihuollon haastateltujen mukaan vanhempien mielenterveysongelmat tulevat esille lastensuojelun kautta ja yleensä vasta silloin, kun on jo kysymys kiireellisestä huostaanotosta. Tarkastushaastattelujen mukaan myös perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välinen yhteistyö on hyvin vähäistä.

Mielenterveystyötä ohjaavassa lainsäädännössä erotetaan selkeästi se, minkä tahojen edellytetään tekevän yhteistyötä hoidossa ja kuntoutuksessa. Erikoissairaanhoidolain 31 § 5 momentin mukaan, jos henkilöä ei ole enää tarpeenmukaista hoitaa erikoissairaanhoidossa, on hänet ohjattava jatkohoitoon asuinkuntansa terveyskeskukseen ja annettavat tarpeelliset hoito-ohjeet. Yhteistyövelvoite koskee siten vain hoitoa ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Kuntoutusta koskeva yhteistyövelvoite kattaa sen sijaan huomattavasti laajemman toimijajoukon.

Tarkastushaastattelujen mukaan erikoissairaanhoido voi kuitenkin ohjata potilaita myös jatkohoitoon sosiaalihuoltoon, yksityisten palveluntuottajien tuottamien asumispalvelujen piiriin, kunnan organisoiman erikoissairaanhoidon avohoidon piiriin ja työterveyshuollon piiriin.

Hoitoneuvottelut ja jatkohoidon järjestelyt

Mielenterveyspotilaan hoitoketjussa on kolme keskeistä yhteistyönvaihetta, joilla luodaan perusta potilaan hoidon onnistumiselle. Ensimmäinen vaihe sijoittuu hoito- ja palveluketjun alkupäähän: erikoissairaanhoidossa toteutettavaan hoitoon. Haastateltujen mukaan olisi ihanteellista, jos sairaalahoidon alkuvaiheessa laitoshoidon ja avohoidon työntekijät tekisivät yhteistyötä suunnitellessaan potilaan hoitoa. Vaikka joissakin kunnissa tähän on pyritty, se ei kuitenkaan ole automaattinen toimintatapa. Haastateltujen mukaan alkuvaiheen yhteistyön automatisoitumista ehkäisevät muun muassa hoitopaikkojen väliset pitkät välimatkat.

Valtaosan mukaan sairaalasta kutsutaan harvoin neuvotteluihin perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen tai työterveyshuollon edustajia, vaikka esimerkiksi sosiaalitoimi on ilmaissut osallistumishalukkuutensa. Haastatellut kertoivat, että jos yhteiseen neuvotteluun kutsutaan, kutsu esitetään

yleensä vasta silloin, kun potilaan jatkohoitopaikan järjestelyt tulevat ajankohtaiseksi. Hoitoneuvotteluihin kutsumisessa oli kuitenkin selkeitä alueellisia eroja. Osassa kuntia toimii kotityöryhmä, joka neuvottelee sairaalan kanssa potilaan kotiin siirtämisestä (siirtoneuvottelut).

Tarkastushaastatteluihin ilmeni myös, että vaikka erikoissairaanhoidon kutsuu perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen edustajia jatkohoidon järjestämistä koskeviin keskusteluihin, eivät toimintasektorit välttämättä tee päätöstä jatkohoitopaikasta yhdessä.

Joillakin alueilla sairaanhoitopiiri on aloitteellinen ja neuvottelee yhdessä yksityisen palveluntuottajan ja potilaan kanssa jo valmiiksi potilaan siirtymisen tiettyyn palveluasumisyksikköön. Neuvottelussa sosiaalitoimen edustaja lähinnä "siunaa" päätöksen antamalla maksusitoumuksen valmiiksi sovittuun palveluasumisyksikköön. Jossain kunnassa erikoissairaanhoidossa mietitään jatkohoitopaikkaa ja kunnan sosiaalityöntekijä kutsutaan paikalle, jos potilaalla on muita ongelmia, esimerkiksi aikuis-sosiaalityön, päihdehuollon tai lastensuojelun tarvetta. Yhdessä kunnassa sosiaalityöntekijä osallistuu erikoissairaanhoidon järjestämään jatkohoittoa koskevaan hoitoneuvotteluun, jossa ei kuitenkaan tehdä päätöstä potilaan jatkohoitopaikasta. Tämä tehdään myöhemmin sosiaalitoimiston sisäisessä palaverissa, johon osallistuu vain sosiaalitoimen edustajia (sosiaalityöntekijöitä).

Tarkastushaastattelujen mukaan kuntien uudenlaiset tavat järjestää palveluitaan ovat heikentäneet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Esimerkiksi ennen organisaatiouudistusta perusterveydenhuollon edustaja oli kutsuttu sairaalahoidon alkuvaiheessa hoitoneuvotteluihin ja kotiutusvaiheen lähestyessä oli yhdessä keskusteltu jatkohoidon järjestelyistä. Organisaatiouudistuksen jälkeen perusterveydenhuollon edustaja on saanut enää harvoin kutsun saapua neuvotteluihin. Sen sijaan nyt potilaan laitoksessa oleva omahoitaja soittaa hoidon loppuvaiheessa ja ilmoittaa jatkohoitosuunnitelmista. Eräässä kunnassa erikoissairaanhoidon laitoshoidosta soitetaan erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikköön ja tiedustellaan avohoidon käsityksiä laitoshoidossa jo valmiiksi tehdystä jatkohoitosuunnitelmasta. Haastateltujen mukaan pienillä paikkakunnilla tämä toimii, koska eri toimijat tunnetaan.

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta yksi syy jatkohoittoa koskevien hoitoneuvottelujen vähäisyyteen johtuu perusterveydenhuollon toimijoiden runsaslukuisuudesta ja henkilöstön vaihtuvuudesta. Näiden koetaan vaikeuttavan palaverien järjestämistä. Sosiaalitoimen, työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon haastatteluihin ongelmaksi koettiin erikoissairaanhoidon "puhumattomuus", jolla tarkoitetaan sitä, ettei erikoissairaanhoidon ole yhteydessä sosiaalitoimeen, työterveyshuoltoon tai perusterveydenhuoltoon. Eräs sosiaalitoimen haastateltava totesi, että he joutuvat pyytä-

mään tietoja erikoissairaanhoidosta, koska esimerkiksi kotiutusta koskevat tiedot eivät tule automaattisesti heille. Työterveyslääkäreistä osa taas katsoo joutuvansa "paimentamaan" terveydenhuoltoa. Tällä he tarkoittivat sitä, että he joutuvat koko ajan vahtimaan, onko työntekijä saanut tarvittavat hoidot, onko hänelle kirjoitettu tarvittavat lausunnot tai jatkuuko sairausloma.

Osa työterveyshuollon ja sosiaalitoimen haastateltavista koki, että erikoissairaanhoito katsoo potilaan tilannetta vain suppean sektorikohtaisesti. Heidän mukaansa erikoissairaanhoidon pitäisi viedä hoitoprosessia eteenpäin ja katsoa tulevaisuuteen, mutta sen sijaan erikoissairaanhoito keskittyy vain nykytilanteeseen ja hoidon antamiseen. Haastattelujen mukaan tämän johtuu laitospolitiikasta. Yksi sosiaalitoimen haastateltavista kuvasi tilannetta siten, että laitoshoidon ei kiinnosta mitään potilaalle tapahtunutta ennen laitokseen joutumista, eikä se, mitä potilaalle tapahtuu laitoshoidon jälkeen. Samansuuntaisen viestin antoi myös yksi terveystoimen haastateltavista. Hänen mukaansa on huolestuttavaa, että kun laitoshoidossa potilasta hoidetaan tiiviisti kaksi vuotta, niin hän palaa avohoitoon psyykkisesti ehjempänä, mutta muut käytännön asiat ovat edelleen sekaisin. Hänen mukaansa laitoshoidossa pitäisi ajatella myös hoidon jälkeistä aikaa ja miettiä esimerkiksi sitä, miten potilas pääsisi työelämään kiinni.

Työterveyshuollossa koettiin ongelmalliseksi myös se, ettei erikoissairaanhoidolla ole todellista kuvaa siitä, mitä kaikkea työterveyshuollossa voidaan tehdä työntekijän työelämään palauttamiseksi. Heidän käsityksensä mukaan erikoissairaanhoito ei näe eikä osaa jatkohoitosuunnitelmia laatiessaan hyödyntää työterveyshuollon asiantuntemusta työntekijän työhön sopivuuden arvioinnissa ja työhön sijoittamisessa.

Haastateltujen mukaan erikoissairaanhoidon "tietämättömyys" on joskus johtanut siihen, että erikoissairaanhoidossa työntekijälle on tehty epärealistinen jatkohoitosuunnitelma, jota työterveyshuollossa ei voida toteuttaa. Heidän käsityksensä mukaan, jos työterveyslääkäri kutsutaan jatkohoitoa koskevaan neuvotteluun, hän pystyy kertomaan esimerkiksi, mitä työntekijän työterveyshoitosopimus sisältää ja millaisia työjärjestelyjä työpaikalla on mahdollista tehdä.

Työterveyshuollon haastatellut katsoivat myös, että työterveyslääkärin tai työterveyshoitajan kutsuminen erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä tehtävien hoitosuunnitelmien tekoon olisi hyödyllistä, vaikka asia ei liittyisi työpaikkaan. Heidän näkemyksensä mukaan etenkin asiakkaan tuntevan ja hänen kanssaan jatkavan työterveyshoitajan kutumisesta neuvotteluihin olisi jatkohoidon toteuttamisen kannalta hyötyä.

Potilaslaissa ja asiakaslaissa korostetaan, että potilaalle/asiakkaalle on tarvittaessa laadittava suunnitelmia. Sosiaalihuollon haastateltujen mukaan suunnitelmaa ei laadita kertaluonteisesti annetusta avusta. Tarkastushaastattelut osoittivat, että sosiaalihuollossa asumispalvelujen piiriin sijoitettaessa tehdään asiakas-, palvelu- tai hoito- ja palvelusuunnitelma. Terveystieteidenhuollossa tehdään hoito-, hoito- ja kuntoutus- tai kuntoutussuunnitelma ja yksityisissä kuntoutuskodeissa tehdään kuntoutus- tai hoito- ja kuntoutussuunnitelmia.

Suunnitelmien nimikirjo johtuu lainsäädännöstä. Suunnitelmilla on pyritty turvaamaan potilaiden/asiakkaiden oikeuksia kirjaamalla muun muassa se, missä ajassa palvelut on järjestettävä, mitä palveluja on järjestettävä ja kuka vastaa palveluiden järjestämisestä²⁵⁹. Aina kun asiakas siirtyy toimipisteestä toiseen, lainsäädäntö edellyttää, että hänelle tehdään tarvittaessa uusi suunnitelma. Lainsäädäntö ei mahdollista suunnitelmien integrointia toisiinsa saati sitä, että uudessa toimipisteessä tehdyssä suunnitelmassa viitattaisiin johonkin toiseen suunnitelmaan. Turvatessaan potilaiden/asiakkaiden oikeuksia laki samalla estää kokonaisvaltaisten suunnitelmien laadinnan ja siten eri toimijoiden välisen yhteistyön tiivistämisen.

Haastateltujen mukaan palveluiden tuottajat eivät keskustele keskenään tehdyistä suunnitelmista ja uusia suunnitelmia ei välitetä muille hoitotahoille. Esimerkiksi päiväkeskuksella tehty uusi suunnitelma ei välttämättä tule psykiatrisesta hoidosta vastaavan hoitotahon tietoon, huolimatta siitä, että molemmat hoitotahot sijaitsevat samassa organisaatiossa. Työterveyshuollon mukaan julkisella puolella tehdyt suunnitelmat jäävät työterveyshuollossa melko tuntemattomiksi. Työterveyshuollossa koettiin, ettei heillä ole minkäänlaista roolia potilaalle tehdyissä suunnitelmissa.

Tarkastushaastatteluiden mukaan sosiaalihuollossa asiakkaiden oikeudet toteutuvat alueellisesti hyvin vaihtelevasti. Osassa kunnista aikuissosiaalityön piirissä oleville mielenterveysasiakkaille ei ollut tehty lainkaan suunnitelmia. Syyksi haastatellut mainitsivat aika- tai resurssipulan. Jossain kunnassa suunnitelmia oli alettu tehdä vain uusille asiakkaille, kun taas toisessa kunnassa suunnitelmia tehtiin periaatteessa kaikille. Työterveyshuollossa potilaalle ei tehdä erillistä kirjallista suunnitelmaa, vaan asiat kirjataan sairauskertomukseen ja siellä kohtaan jatkohoitosuunnitelma.

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa potilaiden oikeudet näyttivät laadittujen suunnitelmien osalta toteutuvan hyvin. Kaikissa kunnissa potilaille oli tehty ainakin jonkinlainen suunnitelma. Lähes puolessa kunnista

²⁵⁹ L 785/1992 4 a §

suunnitelmien runsautta tai niiden päällekkäisyyttä ei koettu ongelmaksi, vaan enemmänkin suunnitelmien puuttuminen. Yksi haastatelluista totesi, että on hyvä, jos potilaalla on edes yksi suunnitelma. Esimerkiksi jos potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma, se kirjataan yleensä B-lausuntoon.

Haastatellut kokivat ongelmalliseksi myös sen, että suunnitelmat ovat sisällöllisesti hyvin erilaisia, jolloin lain edellyttämät potilaskertomukseen kirjattavat asiat eivät todellisuudessa toteudu. Haastattelujen mukaan erilaisuus johtuu kirjaajien erilaisista dokumentointityyleistä ja siitä, että suunnitelmat ovat kirjaajien "omassa päässä", mutta osin myös siitä, ettei suunnitelmien laadintaa ole ohjeistettu millään tavalla. Haastattelujen mukaan suurimmalla osalla potilaista suunnitelmat on kirjattu potilaskertomukseen puutteellisesti, jolloin niiden tulkitseminen on vaikeaa. Osa haastatelluista katsoi, ettei hoitosuunnitelmien tekoa ole tarpeen ohjeistaa tiukasti, koska se jäykistää toimintaa ja tekee suunnitelmista kaavamaisia. Osa taas kaipasi jonkinlaisia yleisohjeita siitä, mitä suunnitelmien ainakin pitäisi sisältää. Yleisohjeiden puuttuminen näkyy käytännössä esimerkiksi siten, että saman toimintayksikön eri vastaanottiimeissä laaditut suunnitelmat ovat sisällöllisesti hyvin erilaisia, mutta se ei johdu potilaan tilanteesta.

Hoito- ja palveluketjujen näkökulmasta on myös ongelmallista, että suunnitelma kattaa ketjusta aina vain yhden osan. Osa terveydenhuollon haastatelluista katsoi, että suunnitelmien pitäisi olla kokonaisvaltaisempia. Niiden tulisi kattaa myös jatkohoitoa koskevia asioita. Lisäksi ongelmaksi koettiin se, ettei suunnitelmien teossa ole mukana seuraavaa hoitotahoa. Lisäksi vaikka suunnitelma lähetettäisiin tiedoksi seuraavalle hoitotaholle, uusi hoitotaho ratkaisee suunnitelman hyödyntämisen.

Osa haastatelluista koki tietoteknisten ratkaisujen myös vaikeuttaneen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien käyttöä. Heidän mukaansa potilasasiakirjoista on vaikea löytää potilaan suunnitelmaa.

Työterveyshuollon haastatelussa nousi esille myös syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvänä tekijänä työllistämistuella palkattuja henkilöitä koskevat suunnitelmat. Haastatellut katsoivat, että työterveyshuollolla pitäisi olla ennakkotietoa siitä, mitä näiden henkilöiden kanssa on aikaisemmin tehty ja millainen on heidän työhön palauttamissuunnitelmansa.

Tiedon välitys

Kolmas ja ehkä tärkein yhteistyön toimivuuteen liittyvä asia kohdistuu potilasta koskevan tiedon välittymiseen. Lainsäädännön mukaan sosiaalihuollon asiakirjat ja potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pi-

dettäviä. Salassa pidettävästä sosiaalihuollon asiakirjasta saa antaa tietoja vain asiakkaan suostumuksella ja potilasasiakirjoihin sisältyvistä tiedoista vain potilaan kirjallisella suostumuksella.²⁶⁰ Kaikissa haastatteluissa tähdennettiinkin selkeästi, että potilasta koskeva tieto välittyy aina potilaan luvalla. Lisäksi kaikissa haastatteluissa korostettiin, ettei potilas yleensä kiellä tietojensa kertomista, kun häneltä pyydetään lupa tai yhteydenotto esimerkiksi sosiaalitoimistoon tehdään hänen läsnä ollessaan.

Korostaessaan asiakkaan/potilaan oikeuksia lainsäädäntö saattaa kuitenkin ehkäistä joustavan hoito- ja palveluketjun muodostamista. Tämä perustuu siihen, että jos potilas käy useassa eri paikassa eikä kerro asiasta, ei kenelläkään ole tällöin kokonaiskäsitystä potilaan tilanteesta. Kaikissa kuntahaastatteluissa korostettiin, että on asiakkaan oma asia, mitä hän kertoo asioistaan. Jos henkilö asioi erikoissairaanhoidon järjestämissä mielenterveyspalveluissa, ei terveyskeskuksessa ole siitä välttämättä lainkaan tietoa. Tällöin vaarana on esimerkiksi lääkitystä koskeva tietokatkos. Osassa kunnista lääkitystä koskeva tietokatkos oli ratkaistu yhteisellä lääkelistalla, jota pääsevät katsomaan ja päivittämään mielenterveyskeskus, terveyskeskus ja kotisairaanhoido. Haastattelujen mukaan terveystoimen sisällä potilastieto välittyy yksiköstä toiseen lähinnä sähköisesti, mutta sosiaali- ja terveystoimen välillä ja terveystoimen ja työterveyshuollon välillä tieto välittyy kirjallisesti tai suullisesti.

Erilaiset tietojärjestelmät

Pääministeri Matti Vanhasen molemmissa hallitusohjelmissa²⁶¹ on korostettu tietoteknologian hyödyntämistä keinona, jolla turvataan paremmin laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus. Tietoteknologian katsotaan mahdollistavan asiakastietojen tehokkaan hallinnan ja hoitoprosessien ohjauksen reaaliaikaisen tiedon pohjalta sekä varmistavan palveluprosessien uudistamisen onnistumisen²⁶².

Yhteistyön näkökulmasta haastatteluissa nousi esille kolme ongelmaa liittyen tietoteknologiaan ja sen hyödyntämiseen. Ensimmäinen pulma koskee tietojärjestelmien erilaisuutta. Osassa tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa oli käytössä useita erilaisia tietojärjestelmiä, jotka eivät keskustele keskenään. Esimerkiksi terveystoimessa saattoi olla Pegasos-potilastietojärjestelmä, sairaanhoitopiirissä Miranda, sosiaalitoimessa Ef-

²⁶⁰ L 812/2000 14 § ja 16 §; L 653/2000 12 § ja 13 §

²⁶¹ Pääministeri Matti Vanhasen I hallitusohjelma (2003) ja II hallitusohjelma (2007)

²⁶² Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c)

fica-tietojärjestelmä ja kotisairaanhoidolla oma. Kunnassa saattaa olla käytössä myös sama tietojärjestelmä, mutta se on rakennettu sisäisesti siten, että sosiaalihuollolla on käytössä Sosiaali-Effica ja terveyshuollolla Terveys-Effica. Osa haastatelluista sosiaalitoimen edustajista ei kuitenkaan kokenut asiaa pulmalliseksi, koska heidän mukaansa tarvittavat tiedot saadaan aina asiakkaan luvalla.

Asiakirjojen käyttöoikeudet

Toinen yhteistyötä hidastava tai estävä tekijä liittyy potilaan/asiakkaan tietojen käyttöoikeuksiin. Haastattelut nostivat esille käyttöoikeuksien mosaikin. Ne osoittivat, että käyttöoikeuksia erilaisine supistettuine tai laajennettuine versioineen oli yhtä monta kuin oli tarkastuksessa mukana olevia kuntia. Yhteistä erilaisille versioille oli kuitenkin se, että erikoissairaanhoidolla on oikeus nähdä terveyskeskuksen potilaskertomustietoja rajoituksetta, mutta terveyskeskuslääkärin oikeuksia lukea erikoissairaanhoidon potilaskertomustietoja on rajoitettu enemmän tai vähemmän. Vain yhdessä tarkastuksen piiriin kuuluneessa kunnassa erikoissairaanhoido ei näe terveyskeskuksen potilaskertomustietoja, mutta syy oli yksinkertainen. Terveyskeskus ei kirjaa mitään potilaskertomuksiin, koska kunta odottaa kansallisen sähköisen arkiston valmistumista parin vuoden kuluttua.

Muutamassa kunnassa erikoissairaanhoidon lääkäreille on annettu myös oikeudet nähdä kotisairaanhoidon tietoja, mutta vain yhdessä kunnassa kotisairaanhoidolla on oikeus lukea myös erikoissairaanhoidon tietoja.

Kahdessa kunnassa terveyskeskuslääkärillä ei ollut oikeutta nähdä erikoissairaanhoidon potilaskertomustietoja lainkaan ja yhdessä kunnassa terveyskeskuslääkärillä oli oikeus nähdä erikoissairaanhoidon potilaskertomustiedot, mutta vain tilaamalla niitä koskevat paperit erikoissairaanhoidosta. Yhdessä kunnassa perusterveydenhuollon lääkäriellä oli oikeus nähdä kaikki ne psykiatrian lehdet, jotka oli tehty tätä koskevan päätöksen jälkeen. Aikaisempien potilastietojen lukemiseen terveyskeskuslääkärin pitää sen sijaan pyytää vielä erikseen potilaalta lupa. Yhdessä kunnassa erikoissairaanhoido taas teki terveyskeskuslääkärille valmiiksi tiivistelmälomakkeen potilaskertomukseen, ja jos terveyskeskuslääkäri katsoo tarvitsevansa enemmän tietoa potilaasta, hän saa kaikki potilaskertomuksessa olevat tiedot käyttöönsä potilaan luvalla.

Kunnissa oli eroja myös sen suhteen, millä perusterveydenhuollossa toimivilla ammattiryhmillä oli terveyskeskuslääkärien ohella oikeus katsoa erikoissairaanhoidon kirjaamia potilaskertomuksia. Yhdessä kunnassa terveydenhoitajilla oli oikeus nähdä samat erikoissairaanhoidon avohoi-

don toimintayksikön kirjaamat potilaskertomustiedot kuin terveyskeskuslääkäreillä. Toisessa mielenterveyshoitajalla oli oikeus nähdä vain potilaskertomuksesta tehty tiivistelmäomake ja kolmannessa kaikilla erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toimivilla henkilöillä, jotka olivat välittömästi tekemisissä potilaan hoidon (somaattisen tai psykiatrisen) kanssa, oli oikeus lukea MT-lehdistöä. Yhdessä kunnassa oltiin vasta tekemässä tämänsuuntaista päätöstä.

Sähköinen lähete-palautejärjestelmä

Kolmas yhteistyötä hidastava tekijä liittyy sähköiseen lähete-palautejärjestelmään. Tarkastushaastattelut osoittivat sen käyttöönotossa olevan alueellisia eroja. Osassa kunnista lähetteet eivät mene erikoissairaanhoitoon sähköisesti, mutta erikoissairaanhoidosta epikriisit tulevat sähköisesti. Osassa kunnista lähetteet ja epikriisit kulkevat sähköisesti, ja sen lisäksi erikoissairaanhoito voi laittaa potilaan omalääkärille tai mäsennushoitajalle myös Pegasos-sähköpostia. Yhdessä kunnassa terveyskeskuksen ja alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikön työryhmän välillä käytetään sotu-suojattua Pegasos-potilaskertomusjärjestelmän postia. Yhdessä kunnassa ei ole lainkaan käytössä sähköistä lähete-palautejärjestelmää, vaan siellä toimitaan edelleen paperilähetteillä. Kiireellisissä asioissa yhteydenotto tapahtuu soittamalla. Työterveyshuollosta lähetteet kulkevat erikoissairaanhoitoon ja takaisin edelleen paperisena.

Vaikka kunnissa oli käytössä sähköinen lähete-palautejärjestelmä, haastattelut kuitenkin viittaavat siihen, ettei tietoteknologia kuitenkaan käytännössä toimi. Osassa haastatteluissa ilmeni, että potilas ehtii sairaanhoitopiiristä perusterveydenhuoltoon ennen epikriisiä. Muutamassa kunnassa potilas oli kotiutettu kuntaan ilman, että sosiaalihuolto oli tietoinen asiasta. Jossakin haastatteluissa nousikin esiin, että jatkohoidon käynnistyminen perusterveydenhuollossa on usein kiinni potilaan omasta aktiivisuudesta, ts. siitä, että hän ottaa itse yhteyttä terveyskeskukseen.

Uudenlaiset palveluiden organisointi- ja tuottamistavat

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa on toteutettu tällä vuosituhannella runsaasti erilaisia rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia. Sosiaali- ja terveystoimen palvelujärjestelmä on kuitenkin hyvin monimuotoinen. Muuttamalla yhtä kokonaisuuden osaa saatetaan tuottaa sellaisia "sivuvaikutuksia", jotka voivat muodostua tavoiteltuja vaikutuksia merkittävämmiksi. Yhteistyön näkökulmasta tarkastuksen piiriin kuuluneissa kun-

nissa oli tehty organisatorisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka yhteistyön tiivistämisen ja raja-aitojen madaltamisen sijasta ovat luoneet tai ovat luomassa uusia yhteistyötä hidastavia rakenteita.

Yhdessä kunnassa toteutettiin jo pari vuotta sitten organisaatiouudistus, joka mielenterveyspalveluiden osalta on edelleen kesken. Käytännössä tämä näkyi haastatteluajankohtana (lokakuussa 2008) siten, ettei kuntayhtymässä ollut edelleenkaan mielenterveystyöstä vastaavaa johtajaa. Kuntayhtymä käy vuoropuhelua mielenterveysasioissa kussakin kuntayhtymään kuuluvassa kunnassa eri henkilön kanssa. Lisäksi kuntayhtymän vastuulle kuuluvien mielenterveyspalveluiden kehittäminen on jätetty joko kokonaan tekemättä tai niitä koskeva kehittämisvastuu on säilytetty jokaiselle jäsenkunnalle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden jatkuva myllertäminen on haastattelujen mukaan aiheuttanut myös työntekijöiden keskuudessa epätietoisuutta siitä, mikä yksikkö tai tulosalue vastaa mistäkin toiminnasta. Haastateltavien mukaan epätietoisuus haittaa työtä, kun lähettävät tahot eivät tiedä, mihin yksikköön mielenterveyshäiriöitä poteva henkilö pitäisi lähettää.

Kunnissa on pyritty ennakoivasti tiivistämään mielenterveyden ja päihdehuollon yhteistyötä muun muassa sektorirajat ylittävillä henkilöstösiirroilla. Esimerkiksi yhdessä kunnassa kolmihenkinen kotihoitotiimi antoi mielenterveyspotilaille kotipalveluja. Tiimin kolme jäsentä kuuluivat terveystoimen piiriin, jolloin he pääsivät lukemaan toistensa Terveys-Effican kirjaamat kotihoiton käynnit. Organisaatiouudistuksessa yksi työntekijöistä (mielenterveyshoitaja) sijoitettiin sosiaalitoimeen. Tämän seurauksena mielenterveyshoitaja näkee edelleen Terveys-Efficassa olevat kotihoiton käyntitiedot, mutta hän kirjoittaa omia käyntejään koskevat tiedot Sosiaali-Effican kotihoito-lehdelle. Tiimin kahdella muulla jäsenellä (psykiatrian sairaanhoitajia) ei kuitenkaan ole oikeutta lukea Sosiaali-Effican kotihoito-lehdelle kirjattuja tietoja, koska he ovat terveystoimen työntekijöitä.

Toisessa kunnassa kolme erikoissairaanhoidossa toimivaa mielenterveyshoitajaa (avokuntoutusohjaajia) oli antanut mielenterveyspotilaille kotiin annettavia palveluja. Organisaatiouudistuksen myötä avokuntoutusohjaajat siirrettiin psykososiaaliseen palveluyksikköön (perustason palveluihin) ja heidän tehtäväkseen määriteltiin antaa konsultoivaa apua kotihoitotiimeille ja tarvittaessa tehdä työparin kanssa myös kotikäyntejä. Organisaatiojärjestelyllä on pyritty siirtämään psykiatrista asiantuntijuutta perustasolle. Samaan aikaan kotisairaanhoito ja vanhusten hoivapalvelut yhdistettiin kunnassa sosiaalitoimen alaiseksi vanhuspalveluiden yksiköksi, johon sisällytettiin myös kotiin annettavat palvelut (kotipalvelut). Haastatellut pelkäävät, että kotihoitotiimien työpanos kohdentuu nyt vain

yli 65-vuotiaille, jolloin vaarana on se, että mielenterveysasiakkaat jäävät kokonaan vaille aikaisemmin saamiaan kotipalveluja.

Kolmanteen kuntaan oli muodostettu psykiatrinen keskus. Keskus oli muodostettu siten, että kunta oli ottanut yliopistollisesta keskussairaalasta aikuispsykiatrian avopalvelut itselleen ja siirtänyt terveyskeskuksesta kaikki mielenterveyspalvelut (psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit ja psykiatrit) perustamaansa psykiatriseen keskukseseen. Uudelleenorganisoinnin myötä perustason hoito muuttui erikoissairaanhoitotasoiseksi hoidoksi, johon pääsee vain läheteellä. Uudistuksen seurauksena työterveyshuollon mielenterveyshäiriöitä potevien asiakkaiden määrä on kasvanut, koska he eivät enää pysty siirtämään asiakkaitaan terveyskeskukseen. Lisäksi uudistus myös siirsi terveyskeskuksesta pois mielenterveyttä koskevaa asiantuntijuutta.

Neljännessä kunnassa psykologipalvelut organisoitiin uudelleen. Aikaisemmin psykologipalvelut oli alueellistettu neljälle alueelle, mutta uudelleenorganisoinnissa ne keskitettiin tukipalveluihin. Terveyskeskuslääkärit lähettävät konsultaatiopyynnön tukipalveluun, ja siellä sen voi ottaa vastaan kuka tahansa neljästä psykologeista, kun aikaisemmin sen otti vastaan vain tietty psykologi. Haastattelun mukaan tämä on johtanut persoonattomien ja samanmuotoisten läheteiden kirjoittamiseen. Läheteeseen ei voi enää kirjoittaa taustatiedoiksi mitään sellaista, mikä kuvaisi psykologille paremmin potilasta ja hänen tilannettaan. Potilaskuvauksen eräänlainen sensuroiminen johtuu siitä, että lähete kirjautuu potilaan tietoihin ja silloin se on kaikkien psykologien luettavissa.

Yksityisten palveluntuottajien merkitys perusterveydenhuollossa on kasvanut. Lokakuussa 2008 terveyskeskusten lääkärinviroista seitsemän prosenttia hoidettiin vuokralääkäreillä.²⁶³ Haastateltujen mukaan vuokralääkärien käyttö vaikeuttaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä vuoropuhelua. Heidän läheteensä ovat kirjavampia, lyhyempiä ja epämääräisiä, jolloin erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä joudutaan tekemään enemmän selvittely- ja kartoitustyötä. Lisäksi vaikka he kirjaavat potilasasiakirjoihin tilanteen, sen kuvaus ei välttämättä ole aina riittävän yksityiskohtainen. Myös tämä aiheuttaa ylimääräistä selvittelytyötä. Haastateltujen mukaan vuokralääkäreiden kanssa on myös vaikeampaa asioida. Esimerkiksi kun erikoissairaanhoito ottaa yhteyttä terveyskeskukseen, läheteen lähettänyt lääkäri ei enää olekaan terveyskeskuksessa eikä kukaan muu välttämättä tiedä potilaan tilanteesta mitään.

²⁶³ *Terveyskeskusten lääkäritilanne 2008*

Vuokralääkäreiden työsuhteiden keston ja työn jatkuvuuden on todettu vaihtelevan huomattavasti.²⁶⁴ Haastateltujen mukaan vuokralääkärien suuri vaihtuvuus aiheuttaa ongelmia, koska mielenterveystyössä hoitosuhteen pysyvyys on hyvin merkittävä osatekijä hoitoprosessin onnistumisessa. Heidän mukaansa harva sellainen ihminen, jolla on mielenterveysongelmia, pystyy käsittelemään psyykkistä tilaansa tilanteessa, jossa työntekijät vaihtuvat koko ajan.

3.5.4 Kokoavat havainnot ja päätelmät

2000-luvulla käynnistetyissä suurissa terveydenhuoltoa koskeissa kehittämishankkeissa²⁶⁵ on korostettu toimivien palvelukokonaisuuksien muodostamista, mutta sama tavoite on ilmaistu muun muassa mielenterveyslaissa jo edellisellä vuosikymmenellä. Myöskään keinot, joilla toimiviin palvelukokonaisuuksiin pyritään, eivät ole uusia²⁶⁶. Mielenterveystyössä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistäminen ja teknologian hyödyntäminen on nähty jo vuosia tavoiksi, joilla laitospaikkoja voidaan vähentää²⁶⁷. 2000-luvulla yhteistyö on nähty myös keinoksi, jolla voidaan edistää saumattomien hoito- ja palveluketjujen aikaansaamista ja toteuttaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä²⁶⁸.

Käsitys jatkohoidosta

Mielenterveystyötä ohjaavista laeista vain erikoissairaanhoitolaista löytyy käsite jatkohoito. Laissa jatkohoito ymmärretään kuitenkin vain joko erikoissairaanhoidon sisällä toimintayksiköstä toiseen siirtymiseksi tai erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen siirtymiseksi. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että mielenterveystyössä jatkohoito ymmärrettiin huomattavasti lainsäädäntöä monisyisemmäksi ja monimuotoisemmaksi. Tarkastushavainnot myös osoittivat, että lainsäädäntö jättää kokonaan huomioimatta yhden keskeisen toimijan mielenterveyspotilaan jatkohoi-

²⁶⁴ Mäkitalo-Keinonen ym. (2005)

²⁶⁵ Esim. Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Paras-hanke ja Terveydenhuoltolain uudistus

²⁶⁶ Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelma (2007); Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)

²⁶⁷ Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristösuojelunhallinnosta vuosina 1991–1995 (1990)

²⁶⁸ Esim. Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c); Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b)

dossa: sosiaalihuollon. Sosiaalihuollosta on kuitenkin viimeisen parin vuosikymmenen aikana muodostunut kiinteä ja merkittävä osa mielenterveyspotilaan hoito- ja palveluketjua.

Hoitotaho ja hoitovastuu

Tarkastushavaintojen mukaan kokonaisuhoitovastuuta mielenterveyspotilaiden palvelukokonaisuudesta ei kannu kukaan. Potilaan hoitovastuu kuuluu aina sille taholle, jonka palveluiden piirissä henkilö kulloinkin on. Tarkastushavaintojen mukaan sen jälkeen, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen tai sosiaalitoimeen mutta tarvitsee edelleen jotakin erikoissairaanhoidon hoitotoimenpidettä, erikoissairaanhoidon hoitovastuu supistuu käsittämään vain annetun toimenpiteen. Pääasiallinen hoitovastuu siirtyy seuraavaan hoitopaikkaan. Samoin psykiatrian erikoissairaanhoido kantaa hoitovastuun vain psykiatrisesta sairaudesta, ei somaattisesta sairaudesta tai päihdeongelmasta. Näiden hoitovastuu kuuluu toisaalle. Havainto viittaa siihen, ettei psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa potilasta hoideta kokonaisvaltaisesti. Käsitys saa tukea myös toisesta hoitovastuuta koskevasta havainnosta.

Ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi ja äskettäin julkaistussa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa ehdotetaan, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulee antaa peruspalveluihin jalkautuvaa monipuolista ja riittävää konsultaatiota. Tarkastushavainnot osoittivat, että muutamassa terveyskeskuksessa psykiatri toimii (ei yksinomaan konsultoivana) terveyskeskuslääkärin työparina. Tämä näyttää johtaneen siihen, että mielenterveyspotilaalla on kaksi lääkäriä. Toinen hoitaa hänen psykiatrisia oireitaan ja toinen somaattisia, jolloin kumpikaan ei tarkastele hänen tarpeitaan kokonaisuutena. Kiintoisaa onkin tällöin se, kumpi lääkäreistä kantaa pääasiallisen hoitovastuun silloin, kun he hoitavat samaa potilasta samaan aikaan samassa organisaatiossa ja lisäksi tilanteessa, jossa psykiatrisen hoidon tarve on somaattista suurempi.

Työterveydenhuoltoa koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että ennalta ehkäisevässä toiminnassa hoitovastuu ei ole yhtä selkeä. Jos esimerkiksi lievää masennusta poteva työntekijä ottaa suoraan yhteyden työterveyshoitajaan ja käy keskustelemassa hänen kanssaan, kysymys on neuvonnasta ja ohjauksesta, ei hoidosta. Tällöin hoitovastuu ei kuulu kenellekään. Jos työntekijä sen sijaan käy ensin lääkärinvastaanotolla ja lääkäri ohjaa hänet työterveyshoitajalle, niin silloin kyse on hoidosta ja hoitovastuu kuuluu työterveyslääkärille.

Tarkastushavainnot osoittivat, että terveyskeskuksissa on yleistymässä tiimityöskentelymalli. Mallissa terveyskeskuslääkäri, masennushoitaja ja

psykologi tekevät yhteistyötä. Psykiatrian erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksiköissä toimitaan jo tiimeissä, ja tarkastushavainnot osoittivat, että työterveyshuollossa tiimityöskentely on pikemminkin sääntö kuin poikkeus.

Tarkastushavaintojen mukaan työterveyshuollossa työterveydenhoitaja ja kunnan tuottaman erikoissairaanhoidon avohoidon toimintayksikössä omahoitaja toimivat tavallaan mielenterveyspotilaan case managerina. Sen sijaan, kun potilas siirtyy terveystakeskukseen, hänellä ei ole enää henkilöä, jonka puoleen hän voi kääntyä hoitoa ja kuntoutustaan koskevilla asioilla. Niissä kunnissa, joissa terveystakeskuslääkäri teki yhteistyötä masennushoitajan kanssa, masennushoitajan toimenkuva ei kuitenkaan ollut case managerin kaltainen. Herääkin kysymys, miksi kuntoutusvaiheessa henkilöllä ei enää olekaan tukea antavaa henkilöä.

Tarkastushavainnot toivat esille myös sen, etteivät työterveyshuolto ja sosiaalihuolto tee yhteistyötä mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö oli hyvin vähäistä.

Kiintoisaa onkin, että ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi korostetaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välisen yhteistyön parantamista, mutta haastateltujen mukaan siinä ei ilmennyt ongelmia; yhteistyö oli lähes olematonta. Oletettavaa on kuitenkin, että jossain vaiheessa myös työterveyshuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö nousee keskusteluun, mikäli moniongelmaisista pyritään työllistämään myös yksityissektorille. Tällöin sosiaalihuolto tarvitsee esimerkiksi laatiessaan henkilölle työhön palauttamissuunnitelmaa työterveyshuollon asiantuntevasta työntekijän työhön sopivuuden arvioinnissa ja työterveyshuolto tarvitsee taas tietoa asiakkaan työkyvystä suunnitellessaan työjärjestelyjä.

Tarkastushavainnot myös osoittivat, ettei esimerkiksi masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ole vielä ymmärretty aikuissosiaalityön merkitystä. Aikuissosiaalityössä sosiaalityöntekijät kohtaavat esimerkiksi pienituloisia, työttömiä tai osa-aikatyötä tekeviä, raittiita ihmisiä, jotka kamppailevat arkipäivän murheiden kanssa ja eivät ehkä ole ymmärtäneet olevansa psykososiaalisen tuen tarpeessa. Jos myös sosiaalityöntekijöillä olisi (enemmän) mielenterveyden asiantuntevasta ja välineitä mielenterveysongelmien tunnistamiseen, voisivat he myös edistää toiminnallaan mielenterveyslain tavoitteita.

Yhteisneuvotteluihin liittyvät ongelmat

Mielenterveydenhoitoa koskevilla tutkimuksilla on todettu olevan ongelmia muun muassa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoi-

men välisissä yhteistyösuhteissa ja toimintasäännöissä²⁶⁹. Tarkastushavaintojen mukaan yhteistyössä ilmenevät ongelmat liittyivät yhteistyömuotoihin, tiedon välitykseen ja kunnissa tehtyihin organisaatiouudistuksiin.

Tarkastushavainnot osoittivat, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö toteutuu edelleen paljolti institutionaalisten järjestelyjen kautta: läheteet, hoitopalautteet, konsultaatiot, hoitoneuvottelut ja jatkohoitopaikkojen järjestelyihin liittyvät neuvottelut. Tarkastushavaintojen mukaan näihin kaikkiin yhteistyömuotoihin liittyi ongelmia.

Masto-hankkeen toimintaohjelmassa²⁷⁰ korostetaan työterveyshuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon molemmansuuntaista konsultointia. Tarkastushavaintojen mukaan suositus on tarpeellinen, mutta psykiatrisen erikoissairaanhoidon molemmansuuntaista konsultaatiota tarvitaan myös perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen päin. Tarkastushaastattelut osoittivat, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon elää tavallaan "omassa suljetussa linnakkeessaan" ja vuoropuhelu muiden hoitotahojen kanssa on heikkoa. Laitoshoidosta kutsutaan harvoin hoitoneuvotteluihin ja jatkohoitopaikan järjestelyihin liittyviin neuvotteluihin kutsutaan tavallisesti silloin, jos potilaalla on myös muita ongelmia. Päätös jatkohoitopaikasta tehdään erikoissairaanhoidossa, ja sosiaalihuollon roolina on lähinnä hyväksyä tehty päätös. Havainnot tukevat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä verkostoja koskevassa tutkimuksessa saatua tulosta, jonka mukaan erikoissairaanhoidon yksiköistä psykiatrisia potilaita hoitavalla toimialueella työskentelevät lääkärit kokivat vähiten henkilökohtaisten yhteistyökumppaneiden tarvetta²⁷¹.

Sairaanhoitopiirin psykiatrian puutteellinen kommunikointi ei edistä saumattomien hoito- ja palveluketjujen muodostumista ja täten potilaan hyvää hoitoa. Laitoshoidon vaitonaisuus saattaa johtaa hoidon alkuvaiheessa tehottomuuteen. Jos potilas on ollut aikaisemmin kunnan tuottaman psykiatrian avohoidon potilaana tai potilaana terveyskeskuksessa, potilaasta on jo valmiiksi olemassa taustatietoa. Tällöin potilaan tilanteen kartoittamista ei tarvitsisi aloittaa kokonaan alusta. Tarkastushavaintojen mukaan laitoksesta pyydetään kuitenkin harvoin potilaan tietoja, joskin tarkastushavainnot viittasivat siihen, että sairaaloiden toimintakäytännöissä on eroja.

Sairaanhoitopiirin psykiatrian puutteellinen kommunikointi hoidon loppuvaiheessa saattaa johtaa taas siihen, että avohoidossa jatkohoitosuunni-

²⁶⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a); Wahlbeck (2007)*

²⁷⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a)*

²⁷¹ *Salunen ym. (2008)*

telmaa ei kyetä toteuttamaan. Lisäksi potilaan hoidon onnistumisen näkökulmasta olisi olennaista, että potilaalla olisi jo tässä vaiheessa suunnitelma, jonka tavoitteet pysyvät hoidon eri vaiheissa samoina, vaikka välineet muuttuvat. Tällöin jatkohoitoa koskeva suunnitelma veisi hoitoprosessia koko ajan eteenpäin. Tarkastushavaintojen mukaan sairaanhoitopiirin psykiatriassa tehty jatkohoitosuunnitelma oli kirjattu kuitenkin tavallisesti epikriisiin vain ilmoittamalla, että jatkohoito järjestetään työterveyshuollossa tai terveyskeskuksessa ilman tarkempia hoito-ohjeita. Kuitenkin sekä erikoissairaanhoitolaki että sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (SmtA 99/2001) edellyttävät, että epikriisissä tulee olla selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Jatkohoidon hoito-ohjeiden osalta lainsäädäntö ei näin ollen toteudu.

Suunnitelmien laadintaan liittyvät ongelmat

Tiedon välitykseen liittyvät yhteistyöongelmat liittyivät suunnitelmiin ja tietoteknologiaan. Potilaslain ja asiakaslain mukaan henkilölle on tarvittaessa laadittava erilaisia hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia. Tarkastushavainnot osoittivat, että lain vaatimukset toteutuivat sosiaalihuollossa vaihtelevasti mutta terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa hyvin. Tarkastushavaintojen mukaan erilaisten suunnitelmien runsautta tai päällekkäisyyttä ei koettu ongelmaksi, vaan ongelmaksi koettiin enemmänkin niiden puuttuminen.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015²⁷² -julkaisun mukaan hyvin laadituilla suunnitelmilla sovitaan yhteen palveluja, varmistetaan laadukas ja yksilöllinen hoito, hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus. Tarkastushavainnot viittaavat kuitenkin siihen, etteivät suunnitelmat toimi niille asetettujen odotusten mukaisesti. Tarkastushavaintojen mukaan nykyinen lainsäädäntö on yksi merkittävä palvelujen yhteensovittamista estävä tekijä. Tämä johtui siitä, että mielenterveyspotilaan/-asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen pitää uudessa hoitopaikassa tehdä uusi suunnitelma. Laki ei mahdollista uuden ja vanhan suunnitelman integrointia. Toisaalta vaikka potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä koskevassa asetuksessa²⁷³ on annettu ohjeet siitä, mitä keskeisiä hoitotietoja potilasasiakirjaan pitää merkitä, tarkastushavaintojen mukaan potilaskertomukseen kirjatut suunnitelmat oli-

²⁷² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c)*

²⁷³ *StmA 99/2001 11 §*

vat sisällöllisesti hyvin erilaisia. Suunnitelmien sisällöt eivät siten todellisuudessa vastaa sitä, mitä lainsäädäntö niiltä edellyttää.

Palvelujen yhteensovittamista ehkäisee myös se, ettei suunnitelmien teossa ole mukana seuraavaa hoitotahoa. Uusi suunnitelma tehdään näin ollen vain uuden hoitopaikan tavoitteiden mukaiseksi, jolloin tarkastushavaintojen mukaan on vaarana, että potilaan hoitomalli myös muuttuu. Esimerkiksi Erno Haaviston (2008)²⁷⁴ mukaan erikoissairaanhoidon pitäisi suunnata hoitoprosessia tulevaisuuteen ja ohjata sen toteutumista koko hoitoprosessin kattavalla hoitosuunnitelmalla. Myös yhteisen hoitomallin on katsottu edellyttävän, että hoidolle on laadittu yksi yhteinen suunnitelma, jota kaikki hoitoon osallistuvat tahot noudattavat^{275,276}. Lisäksi vaikka potilaalle/asiakkaalle tehty suunnitelma välittyisi uudelle hoitotaholle, uusi hoitotaho päättää, noudatetaanko suunnitelmaa, ja jos noudatetaan, niin missä määrin. Tarkastushavainnot myös osoittivat, ettei suunnitelmien toteutumista valvo kukaan. Vaikka tarkastushaastatteluissa ilmeni, että joissakin kunnissa suunnitelmia valvottiin, oli siinä lähinnä kysymys sen tarkastamisesta, onko kaikilla asiakkailla voimassa oleva ja päivitetty suunnitelma.

Tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat

Tietoteknologiaa koskevat ongelmat liittyivät potilaskertomusjärjestelmään, potilastietojen käyttöoikeuksiin ja sähköiseen lähete-palautejärjestelmään. Tarkastushavainnot osoittivat, että kun potilailta kysytään lupaa tietojen luovuttamiseen, tavallista on, että vain harva potilas kieltäytyy antamasta lupaa. Tietojen välittyminen ei näin siten ole kiinni potilaasta vaan tarkastushavaintojen mukaan enemmänkin käytetyistä tietojärjestelmistä, koska järjestelmä vaikuttaa tietojen dokumentointiprosessiin²⁷⁷. Mielenterveyspalveluissa eri hoitotahot käyttävät erilaisia järjestelmiä, jotka eivät keskustele keskenään. Lisäksi työterveyshuollossa on omat sairauskertomusjärjestelmänsä, jotka eivät keskustele erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestelmien kanssa. Jotta ajantasainen tieto välittyisi kaikille mielenterveyspotilaan kanssa työskenteleville am-

²⁷⁴ Haavisto Erno (2008)

²⁷⁵ Saarelma ym. (2008)

²⁷⁶ Vrt. *Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) on asetettu tavoitteeksi, että asiakkaalle laaditaan yksi kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelma tai muu vastaava suunnitelma. Sen katsotaan toimivan eri toimijoiden välisen yhteistyön välineenä sekä keinona, jolla asiakkaalle tuotetaan laadukas ja toimiva palvelukokonaisuus.*

²⁷⁷ Vainiomäki ym. (2008)

mattihenkilöille, kaikilla pitäisi olla pääsy potilaskertomukseen. Tarkastushavainnot osoittivat, ettei näin kuitenkaan ole.

Tarkastushavaintojen mukaan erikoissairaanhoidolla on oikeus lukea terveyskeskuksen potilaskertomusta ja terveyskeskuslääkärin lukuoikeuksia on rajoitettu enemmän tai vähemmän. Lisäksi joissakin kunnissa myös terveydenhoitajalla/masennushoitajalla ja kotihoidolla oli oikeus lukea erikoissairaanhoidon tietoja.

Tarkastushavainnot viittaavat myös siihen, että sähköiseen lähete-palautejärjestelmään liittyvät ongelmat koskevat lähinnä erikoissairaanhoitoa. Tarkastushavaintojen mukaan potilas saattaa ehtiä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ennen epikriisiä. Jos vastaanottavalla taholla ei ole riittävän aikaisin tietoa potilaan siirtymisestä, saattaa tämä johtaa siihen, että potilaalle ei ole järjestetty tarvittavia tukipalveluja. Tällöin on vaarana, että potilas on nopeasti uudelleen laitoksessa. Ongelmalliseksi asian tekee myös se, että henkilö voidaan kotiuttaa suoraan kotiin, jolloin terveyskeskuksella ja sosiaalihuollolla ei ole lainkaan tietoa asiasta. Jossain tapauksessa toiminnan voi mieltää olevan lähellä heitteillejätettyä.

Organisaatiomuutokset, uudenlaiset toimintamallit ja yhteistyö

Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että kunnissa toteutetut organisaatio-uudistukset ja uudet toimintakäytännöt ovat heikentäneet mielenterveyspalvelujen saatavuutta ja sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä.

Ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi sekä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään toimenpiteitä, joilla pyritään vahvistamaan perusterveydenhuollon kykyä vastata lisääntyviin mielenterveysongelmiin. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että uudelleenorganisoinnin seurauksena psykiatrasta asiantuntemusta on siirtynyt perustasolta erikoissairaanhoitoon. Samalla myös matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden saatavuus on heikentynyt.

Ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi esitetään yhdeksi perusterveydenhuollon vahvistamiskeinoksi myös palveluiden hankkimista yksityissektorilta. Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin, että terveyskeskuksissa työskentelevien vuokralääkärien yleistymisen on vaikeuttanut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Lisäksi vuokralääkärien suuri vaihtuvuus koettiin ongelmaksi potilaslääkärisuhteelle. Mielenterveysongelmien esiin tuominen ja niistä keskusteleminen edellyttävät luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä, mutta vuokralääkärien suuri vaihtuvuus ei luo sille otollista perustaa. Tällöin mahdollisuudet edistää potilaan terveyttä tai toteuttaa varhaista puuttumis-

ta ovat rajalliset. Hoitosuhteen pysyvyyden, pitkäjänteisyyden ja empatian onkin todettu olevan onnistunutta hoitoa ennustavia tekijöitä, koska potilaan sitoutuminen hoitoon toteutuu todennäköisemmin empaattisessa vuorovaikutuksessa²⁷⁸. Näyttääkin siltä, että turvautumalla vuokralääkäreihin täytetään perustuslain asettamat velvoitteet tinkimällä terveystaloudellisista tavoitteista.

Eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on kiinnittänyt huomiota terveyskeskuksissa toimivien vuokralääkärien valtuuksiin. Hänen mukaansa voimassa olevassa lainsäädännössä on puutteellisesti säännelty terveyskeskuslääkärin tehtävää hoitavan virkavastuusta ja siitä, mitkä terveyskeskuslääkärin tehtävät ovat mahdollisesti julkisen vallan käyttöä. Hänen näkemyksensä mukaan tilanne on erittäin epätydyttävä ja edellyttäisi lainsäädännön täsmentämistä.²⁷⁹

Monessa kunnassa on parin viimeisen vuoden aikana yhdistetty kotisairaanhoidon ja kotipalvelut kotihoidoksi. Vaikka kotihoidon kokeilun mukaan kotihoito on mahdollista kohdistaa myös muiden kuin vanhusten palveluihin, on se kunnissa mielletty lähinnä vanhustaloudelliseksi. Tämä näkyy kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa siten, että kotihoito on sijoitettu vanhustaloudellisten vastuualueelle. Tällöin vaarana on, että ne myös kohdistuvat vain vanhuksille, jolloin kotipalvelua saaneiden mielenterveysongelmaisten avopalvelujen saatavuus heikkenee entisestään.

Tarkastushavainnot osoittivat myös, että samassa tiimissä toimivien ammattilaisten eriyttäminen eri hallinnonaloille vaikeuttaa yhteistyötä ja yhteisen hoitomallin omaksumista pitkäaikaissairaiden hoidossa. Hyvän yhteistyön ja yhteisen hoitomallin omaksumisen katsotaan kuitenkin edellyttävän, että kaikilla potilasta hoitavilla tahoilla on käytössään muiden hoitoon osallistuvien tekemät havainnot ja merkinnät²⁸⁰.

Potilaskertomukset ovat terveydenhuollossa toimivien eri tahojen välisiä kommunikointivälineitä. Niissä pitäisi olla riittävästi tietoja, jotta esimerkiksi konsultoitava taho kykenisi saamaan ennakkotietoa hänelle ohjatusta potilaasta. Tutkimusten mukaan potilasasiakirjat eivät kuitenkaan sisällä riittävästi sellaisia tietoja, joita niiden pitäisi ja joita niihin voisi sisällyttää²⁸¹. Tutkimushavainnot viittaavat siihen, että kyse ei ole yksinomaan erilaisista tietojärjestelmistä²⁸² vaan myös organisaatiouudistuksista. Kos-

²⁷⁸ Lähteenmäki (2008)

²⁷⁹ Paunio (2008)

²⁸⁰ Saarelma ym. (2008)

²⁸¹ Vainiomäki ym. (2008)

²⁸² Vrt. emt.

ka lähettäjä ei enää tiedä, kuka mahdollisista vastaanottajista ottaa lähteen vastaan, kirjoitetaan siihen vain niukasti tietoja. Yhteisyökumppaneiden määrän kasvu ja persoonattomuus saattavat aiheuttaa myös sen, että vastaan ottavalta taholta jää saamatta olennaista potilastietoa. Vastaanottava taho joutuu rakentamaan potilastiedot tavallaan uudelleen, vaikka ne ovat jo olemassa. Organisaatiouudistus on näin saattanut lisätä päällekkäistä työtä.

Tarkastushavainnot osoittivat, että joissakin kunnissa potilaskertomusjärjestelmän rinnalle on muodostettu epävirallinen ja rajatumpi yhteistyökanava: sähköpostijärjestelmä. Sen kautta vain toisensa tietävät tahot voivat välittää toisilleen kuvaavampaa tietoa potilaan tilanteesta. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että potilaskertomusta koskeva lainsäädäntö saattaa pikemminkin rajoittaa riittävien tietojen antamista, koska kertomukseen tietoja kirjaava taho ei voi itse vaikuttaa siihen, kuka tietoja lukee.

Lopuksi tarkastushavainnot viittaavat siihen, että kunnissa toteutetaan organisaatiouudistuksia ja otetaan käyttöön uusia toimintatapoja niin nopeasti, etteivät työntekijät aina pysy mukana. Kun työntekijät eivät välttämättä tiedä, mihin potilas pitäisi ohjata tai keneen pitäisi ottaa yhteyttä, voi tämä hidastaa palveluiden saatavuutta. Vaarana saattaa olla myös se, että potilas joko putoaa hoito- ja palveluketjun ulkopuolelle, koska kuvitellaan, että asiaa hoitaa joku muu tai hänen asiaansa hoidetaan samaan aikaan monessa eri paikassa.

4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksen tavoitteena on ollut selvittää mielenterveyspalveluita ohjaavien ohjausvälineiden toimivuutta. Tarkoituksena on ollut tutkia sitä, ohjaavatko lainsäädäntö, erilaiset suositukset ja rahoitus mielenterveyspalvelujen järjestämistä siten, että ne toteuttavat lainsäätäjien mielenterveyspalveluille asettamia tavoitteita palvelujen järjestämisestä avoimuollollisina ja edistävät eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tavoitteena on ollut tutkia myös ohjausvälineiden yhdenmukaisuutta.

Tarkastuksen päätulos on, että mielenterveyspalveluja ohjaavia välineitä käytetään mutta tulokset eivät ole sitä, mitä lainsäätäjät ovat odottaneet. Palvelurakenne on muuttunut avoimuollotopainotteisemmaksi, mutta muutos on tuonut uusia pulmia. Eri sektoreiden välinen yhteistyö ei ole kehittynyt toivotulla tavalla, ja ohjausvälineet ohjaavat toimintaa osin ristiriitaisesti.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan tämä johtuu nykyisestä mielenterveyslaista, sillä se on enemmän erilaisten säädösten summa kuin yksi erillinen laki. Tarkastusvirasto katsoo, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetty ehdotus mielenterveyslain päivittämisestä vastaamaan nykytilannetta ei ole riittävä vaan laki pitäisi kirjoittaa kokonaan uudelleen.

Mielenterveyslaki on puutteellinen, pirstaleinen ja liian yleinen

Mielenterveyslaki on hyvä esimerkki Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän mosaiikkimaisuudesta ja liian yleisesti kirjoitetusta lainsäädännöstä. Mielenterveyslain tulkinta edellyttää rinnakkaisluentaa useiden lakien kanssa ja jättää niiden soveltajille paljon tulkinnanvaraa. Mielenterveyslain tavoitteissa korostetaan ennaltaehkäisyä, hoitoa ja palveluiden järjestämistä avoimuollossa, mutta käytännössä siinä käsitellään lähinnä tahdonvastaista hoitoa. Laissa puhutaan sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvästä tuki- ja palveluasumisesta mutta ei määritellä, mitä sosiaalisella kuntoutuksella ja tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan. Näiden määritelmiä ei löydy myöskään muista mielenterveyspalveluja ohjaavista laeista. Asiakasmaksulaisissa määritellään mielenterveyspotilailta perittävät maksut, mutta laista ja sitä koskevasta asetuksesta ei ylipäänsä löydy määritelmää sille, mitä psykiatrisella hoidolla tarkoitetaan. Mielenterveyspalvelujärjestelmä on myös parin viimeisen vuosikymmenen aikana rakentunut selkeästi kolmen pilarin varaan: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon. Näiden välisen yhteistyön toimivuus on tärkeää, kun laitospaikkoja aiotaan edelleen vähentää. Lainsäädä-

däntö jättää kuitenkin kokonaan huomioimatta sosiaalihuollon roolin mielenterveyspotilaan jatkohoidossa.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan mielenterveyslakiin tulisi koota kaikki käytössä olevat mielenterveyspalvelut (sosiaali- ja terveyspalvelut) ja niiden organisointia koskevat säännökset kansanterveyslaista, sosiaalihuoltolaista ja erikoissairaanhoidolaista. Tarkastusvirasto pitää myös hyvänä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitettyä ehdotusta tahdosta riippumattomasta hoidosta (ehdotus 4). Sen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö laatii itsemääräämisoikeuden rajoitukset sisältävän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen puitelain.

Palveluasumisen valvonnassa on puutteita

Psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen on näkynyt muun muassa yksityisten palvelujen tuottajien tuottamien asumispalveluyksiköiden määrän kasvuna. Ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa asumispalveluyksiköissä asuvat ovat lähinnä huonokuntoisia pitkäaikaissairaita, joiden hoidossa lääkehoito on merkittävässä asemassa. Lakien mukaan tällaisissa asumispalveluyksiköissä pitäisi tällöin olla sekä sosiaali- että terveydenhuollon lupa. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että vain harvalla tehostetua palveluasumista tarjoavalla yksityisellä palveluntuottajalla oli ns. kaksoislupa. Kaksoislupien osuus tavallista palveluasumista tarjoavissa asumispalveluyksiköissä oli suhteellisesti lähes yhtä suuri kuin tehostetussa palveluasumisyksiköissä. Tavallista palveluasumista tarjoavien yksityisten palveluntuottajien täytyy kuitenkin tehdä vain kirjallinen ilmoitus toimintansa aloittamisesta asumispalveluyksikön sijaintikunnan sosiaalitoimelle.

Kaksoislupaa koskevat tarkastushavainnot viittaavat siihen, että molemmilla palveluasumisyksiköissä asuu osin samankuntoisia henkilöitä. Yksityisten palveluntuottajien etu- ja jälkikäteisvalvontaa tulisikin tehostaa ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ja kuntien välistä yhteistyötä valvonnassa tiivistää. Lisäksi palveluasumisyksiköiden valvontakäytäntöjä pitäisi yhdenmukaistaa. Erityistä huomiota olisi myös kiinnitettävä siihen, hoidetaanko mielenterveysongelmia potevia ihmisiä optimaalisessa asumispalveluyksikössä. Tarkastusvirasto toteaaakin, että olisi tarpeellista selvittää tarkemmin palveluasumisyksiköissä asuvien asiakkaiden kuntoisuutta, heille tarjottuja palveluita ja niiden vaikuttavuutta sekä palveluasumisyksiköiden kustannuksia.

Työterveyshuolto ei takaa kaikille työntekijöille kokonaisvaltaista terveydenhoitoa

Suomessa yli 90 prosenttia palkansaajista on työterveyspalvelujen piirissä. Julkisessa keskustelussa ja esimerkiksi OECD:n Suomea koskevissa arvioissa työntekijöille maksuttomien terveyspalveluiden katsotaan kohtelevan kansalaisia eriarvoisesti. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että työterveyshuollossa myös työntekijät ovat eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden, ja tämä johtuu työterveyshuoltosopimuksista. Vaikka valtaosa työterveydenhuoltosopimuksista sisältää myös yleislääkäritasoisien avosairaanhoidon, ongelmallista on se, ettei yleislääkäritasoiseen avosairaanhoidon automaattisesti sisällytetä esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa tarvittavia laboratoriotutkimuksia.

Julkisessa keskustelussa esitetään usein käsitys siitä, että työterveyshuolto turvaa työntekijöille perusterveydenhuollon palvelut. Tarkastushavaintojen mukaan käsitys pitää vain osittain paikkaansa. Tämä johtuu siitä, että yritysten solmimat työterveyshuoltosopimukset ovat sisällöllisesti hyvin erilaisia. Osaan sairaanhoitopalvelut sisältyvät joko kattavasti tai suppeasti, mutta osaan ne eivät sisälly lainkaan. Tämä merkitsee sitä, että osalle työntekijöistä yleislääkäritasoiset sairaanhoitopalvelut tarjoaakin kunta eikä työnantaja (yritys). Tarkastusviraston näkemyksen mukaan olisikin suotavaa, että sosiaali- ja terveysministeriössä selvitetäisiin tarkemmin työterveyshuoltosopimukseen sisällytettyjä sairaanhoitopalveluita: sisältöä, kattavuutta, käyttöön liitettyjä rajoituksia ja työntekijöiden maksuuksia.

Erikoissairaanhoito on vaitonainen

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistäminen nähdään keinona edistää saumattomien hoito- ja palveluketjujen muodostamista. Tutkimuksissa on kuitenkin useaan kertaan todettu, ettei yhteistyö mielenterveysasioissa sosiaali- ja terveydenhuollon välillä toimi. Tarkastushavainnot osoittivat, että aikuisväestön mielenterveyteen liittyvissä asioissa perusterveydenhuollon yhteistyö sekä sosiaalihuollon että työterveyshuollon kanssa oli hyvin vähäistä. Yhteistyöhön liittyvät ongelmat koskivat myös lähinnä psykiatrasta erikoissairaanhoitoa, ja sen vuoropuhelu muiden toimijoiden kanssa koettiin heikoksi. Lisäksi tarkastushavaintojen mukaan Paras-puitelain valmisteluasiakirjoissa eikä myöskään itse laissa ole huomioitu erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välistä yhteistyötä, vaikka sen toimivuus esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien palveluasumisessa on tärkeää.

Lainsäädännön mukaan psykiatrian erikoissairaanhoidon pitäisi antaa terveystieteille selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan jatkohoidon ja seurannan toteuttamiseksi, mutta tarkastushavainnot osoittivat, ettei näin tapahdu käytännössä. Vaikka Masto-hankkeen toimintaohjelman suositus lisätä työterveyshuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon molemman-suuntaista konsultointia on hyvä, se ei ole riittävä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultointia tulisi lisätä myös perusterveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon päin.

Yhteistyön toimivuuteen liittyy kysymys myös hoitovastuusta. Julkisuudessa on kuitenkin keskusteltu hyvin vähän siitä, miten hoitovastuu jakautuu silloin, jos potilas on samanaikaisesti useamman ammattilaisen hoidossa. Hoitovastuu on hyvin selkeä, jos potilaan hoitoprosessissa on mukana lääkäri. Kokonaihoitovastuu kuuluu silloin aina hänelle. Sen sijaan jos potilaan hoito- tai palveluprosessissa ei ole mukana lääkäreitä, viittaavat tarkastushavainnot siihen, ettei tällöin kenelläkään ole kokonaihoitovastuuta. Jokainen ammattilainen vastaa vain itse tekemästään toimenpiteestä.

Erilaiset suunnitelmat eivät edistä palveluiden yhteensovittamista

Hyvin laadittujen suunnitelmien katsotaan edistävän palvelujen yhteensovittamista sekä varmistavan laatua ja yksilöllistä hoitoa, hoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tarkastushavainnot osoittivat, etteivät suunnitelmat kuitenkaan täytä niille asetettuja tavoitteita. Palvelujen yhteensovittaminen on vaikeaa, koska lainsäädäntö edellyttää, että potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hänelle tulee uudessa paikassa tehdä uusi suunnitelma. Laki ei mahdollista, että uudessa toimipaikassa viitataan edellisen toimipaikan suunnitelmaan. Tällöin jokainen suunnitelma kattaa vain tiettyssä toimintayksikössä annetun hoidon.

Vaikka lailla on pyritty yhdenmukaistamaan sitä, mitä asiakirjoihin pitäisi kirjata, viittasivat tarkastushavainnot siihen, että samassakin toimintayksikössä tehdään sisällöllisesti hyvin erilaisia suunnitelmia. Tällöin suunnitelmat eivät toimi laadun varmistajina eikä potilasasiakirjojen laatimista koskevan lain henki toteudu. Myöskään hoidon vaikuttavuus- ja tehokkuustavoitteet eivät toteudu maksimaalisesti, koska suunnitelman laadinnassa ei ole mukana seuraavaa hoitotahoa. Uusi suunnitelma tehdään aina uuden palveluntuottajan näkökulmasta, jolloin on todennäköistä, että mielenterveyspotilaan/-asiakkaan hoito- ja palveluketju rakentuu monista hoitomalleista ja erilaisista tavoitteista.

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -asiakirjassa korostetaan suunnitelmien sitovuutta. Tarkastushavaintojen mukaan sitovuutta voitai-

siin edistää muuttamalla potilas- ja asiakaslakeja seuraavasti. Edellisessä hoitopaikassa tehtyä suunnitelmaa noudatetaan mahdollisuuksien mukaan myös uudessa hoitopaikassa ja se laaditaan aina yhteistyössä nykyisen ja seuraavan hoitotahon kanssa. Tämä edistäisi sitä, että potilaan hoitoprosessia ohjaisi vain yksi kattava hoitosuunnitelma ja sitä voidaan joustavasti muokata hoitoprosessin eri vaiheissa. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan tällaisen tulevaisuuteen suuntautuneen suunnitelman laadintavastuu kuuluisi erikoissairaanhoidolle, jonka olisi kuitenkin varmistettava, että perusterveydenhuollon ja/tai sosiaalihuollon osuus tulee käytännössä huomioon otetuksi.

Tietojärjestelmät hankaloittavat sosiaali- ja terveydenhuollon saumatonta yhteistyötä

Tarkastushavainnot osoittivat selkeästi, ettei potilasta koskevien tietojen välittyminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä ole kiinni potilaasta vaan kyse on enemmänkin siitä, etteivät eri organisaatioiden tietojärjestelmät keskustele keskenään. Reaaliaikaisen tiedon siirtäminen hoito- ja palveluketjussa toimiville ei siten onnistu. Lisäksi potilastiedon välittymistä estävät potilasasiakirjojen käyttöoikeudet. Erikoissairaanhoidossa toimivilla on yleensä oikeus lukea perusterveydenhuollon potilaskertomustietoja, mutta terveyskeskuslääkärien ja muiden terveydenhuollon ammattiryhmien lukuoikeuksia on rajoitettu vaihtelevasti.

Lainsäädännön mukaan lähetteet jatkohoitopaikkaan pitää lähettää viipymättä, mutta tarkastushavainnot osoittivat, että sairaanhoitopiirien jatkohoitoa koskevissa palautekäytännöissä oli selkeitä alueellisia eroja. Tarkastushavainnot viittasivat myös siihen, että järjestelmään liittyvät ongelmat koskevat lähinnä erikoissairaanhoidoa. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön ja sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisten pitäisi kiinnittää tähän asiaan huomiota.

Rakenteelliset ja toiminnalliset uudistukset vaikuttavat toisiinsa

Sosiaali- ja terveyspolitiikan asiakirjoissa korostetaan, että rakenteellisten uudistusten lisäksi tarvitaan myös toiminnallisia uudistuksia, mutta tarkastushavainnot osoittivat, että rakenteelliset muutokset sinällään muuttavat jo toimintaa ja päinvastoin. Tämän vuorovaikutussuhteen ymmärtäminen näyttää olevan rakenne- ja palvelu-uudistajilla heikohkoa.

Tarkastushavainnot osoittivat, että organisaatiouudistuksilla mielenterveystyön asiantuntemusta oli siirretty erikoissairaanhoidon, avomielen-terveyspalveluiden saatavuus oli heikentynyt ja päällekkäisen työn tekeminen lisääntynyt.

Terveyskeskuksissa toimivien vuokralääkärien määrä on kasvanut, koska kunnat ovat pyrkineet ostopalveluilla ratkaisemaan terveyskeskuslääkäripulaa. Terveyspalveluiden saatavuus on parantunut, mutta kielteisenä kehityksenä voidaan pitää palveluiden laadun ja kustannustehokkuuden heikentymistä. Tarkastushavaintojen mukaan vuokralääkäreiden käyttö on vaikeuttanut terveydenhuollossa tehtävää yhteistyötä ja lisännyt erikoissairaanhoidossa tehtävää selvitystyötä.

Sosiaali- ja terveystieteitä koskevissa strategia-asiakirjoissa tietoteknologia nähdään keinoksi, jolla turvataan palveluja. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvissa tiimeissä potilaskertomusjärjestelmä vaikeuttaa yhteistyötä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan potilaan hoitoa koskevien keskeisten asiakirjojen luku-oikeudet tulisi olla kaikilla potilaan hoitoja palveluketjuun osallistuvilla henkilöillä edellyttäen, että potilas on antanut luvan. Hoitoon osallistuvien työntekijöiden luku-oikeudet säilyisivät vain niin kauan, kuin potilas on heidän tuottamansa palvelun piirissä. Tietosuojasta tulee kuitenkin huolehtia lain edellyttämällä tavalla.

Suosituksia käytetään

Mielenterveystyötä koskevia erilaisia ja eritasoisia suosituksia on viime vuosina annettu runsaasti. Tarkastushavainnot osoittivat, että informaatiota tulee liikaa ja sen levittämiskäytännöt vain korostavat tätä pulmaa. Tietoteknologia mahdollistaa tiedon nopean levittämisen mahdollisimman laajalle, mutta tämä on johtanut siihen, että eritasoista tietoa levitetään rinnakkain, tieto ei ole kohdennettua eikä sitä esitetä tiivistetyssä muodossa. Mielenterveyttä koskeva informaatio kohdistetaan useimmiten käytännön työtä tekeville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Työterveyshuoltoa koskevat tarkastushavainnot viittasivat kuitenkin siihen, että informaatiota tulisi kohdistaa suoraan myös resursseista päättävälle henkilölle. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan informaatio-ohjauksen toimivuutta parannettaessa huomiota tulisi kiinnittää enemmän levitettävän tiedon tarkempaan kohdentamiseen ja sen luokitteluun merkittävyyden mukaan.

Kunnissa on tehty runsaasti erilaisia suunnitelmia, joiden tarkoituksena on vastata tiettyihin ongelmiin (esimerkiksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelma) tai edistää kunnan asukkaiden hyvinvointia (kunnan hyvinvointipoliittiset strategiat) ja joiden osana laaditaan omat suunnitelmansa eri ryhmille esimerkiksi mielenterveystyölle (mielenterveystyön kokonaisuunnitelma) tai vanhusväestölle (vanhuspoliittinen strategia). Suunnitelmien pitäisi olla välineitä, joilla tavoitteisiin päästään, mutta tarkastusha-

vainnot osoittivat, että esimerkiksi mielenterveystyön kokonaissuunnitelmat ovat nippu palvelujärjestelmää kuvaavia ja runsaasti erilaisia tavoitteita esitteleviä papereita. Tarkastusviraston näkemyksen suunnitelmista puuttui kaksi olennaista asiaa: tavoitteiden toteuttamisaikataulu ja niiden kustannusvaikutukset. Jos näitä ei esitetä suunnitelmissa, eivät kunnan luottamuselimet myöskään välttämättä sitoudu tavoitteiden konkreettiseen toteuttamiseen.

Julkisuudessa suositusten toimivuudessa on todettu olevan erinäisiä ongelmia. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että mielenterveystyössä suositukset olivat juurtuneet varsin hyvin käyttöön. Tarkastushavainnot osoittivat toisaalta myös sen, että osa suosituksista sisältää sellaisia ohjeita, joiden toteuttaminen ei ole käytännössä mahdollista.

Informaatio-ohjausta koskevat tarkastushavainnot nostivat esille myös sen, että mielenterveystyö mielletään selkeästi terveydenhuollon sektorille kuuluvaksi alueeksi. Sosiaalihuollon rooli esimerkiksi masennusta koskevissa suosituksissa on jäänyt kokonaan pois (jatkohoitopaikka terveyskeskus ja jatkohoitona lääkehoito). Hoito- ja palveluketjujen muodostamisessa moniammatillisuuden toteutuminen on ollut myös vähäistä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan moniammatillisuuden toteutuminen ketjutyössä edellyttää, että sosiaali- ja terveystoimen edustajat ovat yhdenvertaisesti mukana kaikissa ketjun vaiheissa ja erilaisia suosituksia laadittaessa kuunnellaan myös sosiaalihuollon asiantuntijoita. Näin sosiaalitoimen asiantuntemusta voitaisiin käyttää mielenterveyspalveluissa tehokkaammin hyväksi. Lisäksi tarvitaan enemmän monitieteellistä tutkimusta mielenterveyspalvelujen yhdistelmistä ja niiden vaikuttavuudesta.

Pirstaleinen mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeuttaa tilastointia ja kokonaiskuvan hahmottamista

Mielenterveyteen liittyviä selvityksiä, tutkimuksia ja tilastoja on runsaasti. Kansaneläkelaitos julkaisee vuosittain tiedot mielenterveyshäiriöiden kustannuksista ja maksetuista korvauksista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos julkaisee vuosittain mielenterveyspalvelujen avo- ja laitoshoidon käyntitietoja sekä tietoja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Nykyistä mielenterveyspalvelujen tilastointia haittaa kuitenkin se, että avohoito on organisoitu kunnissa hyvin eri tavalla. Tarkastushavainnot osoittivat, että kirjava palvelujärjestelmä hankaloittaa kustannustietojen keruuta myös paikallisella tasolla. Tällöin myös mielenterveydenhoidon kustannuksissa on alueellista vaihtelua. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan tilastojen perusteella ei saada riittävästi tietoa siitä, kuinka paljon mielenterveyshäiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset todellisuudessa ovat. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi tehtävän haastavuus-

desta huolimatta arvioida mielenterveyspalveluiden kustannukset ja selvittää, millaisiin palveluihin ne painottuvat. Mielenterveyspalvelujen kustannusten arvioinnin lisäksi tarvitaan vuosittain kerättävää seurantatietoa palvelujen käytöstä usealta eri sektorilta.

Palvelujen järjestämis- ja organisointitavalla on merkitystä palveluiden saatavuuteen ja kustannuksiin

Tarkastushavainnot osoittivat, että kuntien mielenterveyspalvelujärjestelmän organisointi vaikuttaa palveluiden saatavuuteen ja kustannuksiin. Osa kunnista oli pyrkinyt määrätietoisesti siirtämään sairaanhoitopiirin järjestämiä psykiatrian avohoitopalveluja oman järjestämisvastuun piiriin. Osassa kunnista mielenterveyspalvelujärjestelmän kehittäminen oli taas vielä pahasti kesken.

Tarkastushavainnot osoittivat, että kunnat käyttävät mielenterveyspalveluihin runsaasti resursseja. Mielenterveyspalvelut eivät näyttäisi siten jääneen taloudellisten resurssien jaossa mitenkään alakynteen. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että kysymys on enemmänkin taloudellisten resurssien oikeanlaisesta suuntaamisesta. Toisin sanoen siitä, kohdentavatko kunnat resursseja erikoissairaanhoitotasoihin (esim. mielenterveyskeskuksessa järjestettäviin) vai perusterveydenhuoltotasoihin (terveyskeskuksessa järjestettäviin) palveluihin. Valinta vaikuttaa siihen, miten mielenterveystyölle asetettuihin ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen tavoitteisiin voidaan vastata. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotus matalan kynnyksen toimipaikkojen luomisesta on oikean suuntainen. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ohjauksessaan painottaa, että suunnitelmaa myös hyödynnetään mielenterveyspalveluiden kehittämisessä.

Taloudellisten resurssien oikeanlainen kohdentaminen nostaa esille kysymyksen myös ulkoistettujen palvelujen kustannusvaikuttavuudesta. Tarkastushavainnot osoittivat, että mielenterveysasiakkaiden asumispalvelut olivat yleensä ulkoistetut, mutta niiden hankintakäytännöt eivät kaikissa tapauksissa kuitenkaan täyttäneet asumispalveluille määriteltyjä kuntouttamista koskevia laatukriteereitä. Vain joissakin kunnissa asumispalveluiden kustannusvaikuttavuus oli noussut huomion kohteeksi. Tarkastusviraston käsityksen mukaan kuntouttavaa työtettä tulisikin korostaa ikääntyneiden ohella myös kaikessa mielenterveyspotilaiden/-asiakkaiden hoito- ja palvelutoiminnassa.

Lähteet

1. Säädökset

A 1247/1990 Mielenterveysasetus

A 912/1992 Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

A 1282/2000 Mielenterveysasetus

HE 33/2000 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta

HE 155/2006 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta sekä laeiksi kuntajakolain ja varainsiirtoverolain muuttamisesta

L 66/1972 Kansanterveyslaki

L 710/1982 Sosiaalihuoltolaki

L 380/1987 Laki vammaisuuden perusteella annettavista palveluista ja tukitoimista

L 1062/1989 Erikoissairaanhoitolaki

L 1063/1989 Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta

L 152/1990 Laki yksityisestä terveydenhuollosta

L 1116/1990 Mielenterveyslaki

L 733/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta

L 734/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

L 559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

L 365/1995 Kuntalaki

L 603/1996 Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta

L 22/1997 Lääninhallituslaki

L 731/1999 Suomen perustuslaki

L 653/2000 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta

L 812/2000 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista

L 1383/2001 Työterveyshuoltolaki

L 738/2002 Työturvallisuuslaki

L 1309/2003 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 4 §:n muuttamisesta

L 855/2004 Laki kansanterveyslain muuttamisesta

L 856/2004 Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta

L 1224/2004 Sairausvakuutuslaki

L 1428/2004 Laki sosiaalihuollon väliaikaisesta muuttamisesta

L 566/2005 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista

L 689/2005 Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.

L 691/2005 Laki yksityisestä sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain muuttamisesta

L 928/2005 Laki kansanterveyslain muuttamisesta

L 1257/2005 Laki mielenterveyslain muuttamisesta

L 1258/2005 Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.

L 169/2007 Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta

L 348/2007 Laki julkisista hankinnoista

L 671/2008 Laki yksityisestä sosiaalipalvelujen valvonnasta annetun lain muuttamisesta

L 669/2008 Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta

L 377/2009 Laki yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

SmtA 99/2001 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

VNa 1019/2004 Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä

VNp 951/1994 Valtioneuvoston päätös työterveyshuollon, sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannusten korvausperusteista

2. Painetut lähteet

Alanen, Pentti (2008). Seurausten hoidosta syiden poistoon. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 19–29.

Anttinen, Erik. E. & Jokinen, Raimo & Ojanen, Markku (1985). Progressive integrated system for the rehabilitation of long-term schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1985; 319:51–9.

Eräsaari Leena (2006). New Public Management on julkisen sektorin vääryyksien isä. Teoksessa Tuula Helne ja Markku Laatu (toim.) (2006). *Vääryyskirja*. Vammala: Kela, 87–101.

Forma, Pauli & Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko & Saarinen, Arttu (2007). Kuinka hyvinvointivaltio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa. *Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisu B:32/2007*. Turku: Turun yliopisto.

Gould, Raija & Grönlund, Harri & Korpiluoma, Riitta & Nyman, Heidi (2007). Miksi masennus vie eläkkeelle? *Raportteja 2007:1*. Helsinki. Eläketurvakeskus.

Holma, Tupu (2008). Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen ostaja myyntikoulu. Lisää ostamista ja yhteistyötä palvelujen hankintaa. Sairaala- ja terveysviesti 1/2008.

Hujanen, Timo & Kaipainen, Satu & Tuominen, Ulla & Pekurinen, Markku (2008). Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 2/2008. Stakes.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.

Immonen, Tuula & Kiiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.) (2003). Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuositukset. Oppaita 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jonkka, Jaakko (2009). Oikeuskansleri Jaakko Jonkka korjailee hallituksen esityksiä viikoittain. Helsingin Sanomat 13.2.2009.

Kaila, Minna & Ketola, Eeva & Mäkelä, Marjukka & Mäntyranta, Taina & Turunen, Juha-Pekka & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria (2008). Hoitosuositukset tutkimuskohteena ja kehittämisen työvälineenä. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 268–278.

Kauppinen, Timo & Hanhela, Rauno & Heikkilä, Pirjo & Kasvio, Antti & Lehtinen, Suvi & Lindström, Kari & Toikkanen, Jouni & Tossavainen, Antti (toim.) (2007). Työ ja Terveys Suomessa 2006. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kiiikkala, Irma & Immonen, Tuula (toim.) (2002). Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Julkaisuja 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kiiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Ahonen, Juha (toim.) (2003). Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuositukset. Oppaita 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kinnunen, Petri (2008). Pirstaleisesta poukkoilusta järjestelmälliseen kehittämiseen. Sosiaaliturva 8/2008, 14–15.

Koivunen, Mari (toim.) (2000). Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen. Helsinki: Stakes.

Kuntalehti (2009). Lääkärikoulutuksen määrää pitäisi lisätä. Kuntalehti 2/2009.

Kuntalehti (2009) VAKKA-hanke etsii vakautta kuntien terveydenhuollon rahoitukseen. Kuntalehti 5/2009 s. 42.

Kärkkäinen, Jouko (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiri uudistuksen arviointi psykiatrian näkökulmasta. Tutkimuksia 138. Helsinki: Stakes.

Larjovuori, Riitta-Liisa & Lemmetyinen, Tiina (2004). Sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinat Pirkanmaalla ja kuntien yhteistyö yksityisten palveluntuottajien kanssa. Tampereen yliopiston liiketaloudellinen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere.

Lith, Pekka (2006). Yritystoiminta ja kuntien ostopalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Julkaisuja 25. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Lähdesmäki, Kirsi (2003). New Public Management ja julkisen sektorin uudistuminen. Acta Wasaensis, No 113, Hallintotiede 7. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Lähteenmäki, Antti (2008). Terveyskeskusten elvytystä vai lahdetaanhanhan? Suomen Lääkärilehti 42/2008 vsk 63, 3505.

Manninen, Pirjo & Laine, Vappu & Leino, Timo & Mukala, Kristiina & Husman, Kaj (toim.) (2007). Hyvä työterveyskäytäntö. Helsinki: Työterveyslaitos.

Manninen, Pirjo & Peurala, Marjatta & Pulkkinen-Närhi, Pirjo & Rautio, Maria & Husman, Kaj (2007). Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa. Suomen Lääkärilehti 6/2007 vsk 62, 529–33.

Mäkitalo-Keinonen, Tiina & Virtanen, Pekka & Saloniemi, Antti & Vänskä, Jukka & Parmanne, Piitu (2005). Vuokralääkärit – keitä he ovat? Suomen Lääkärilehti 48/2005 vsk 60, 5007–5010.

Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005). Kunnat ja kolmas sektori. Yhteistyön uudet muodot. Keuruu.

Narikka, Jouko (toim.)(2006). Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö ja rahoitus 2006. Tietosanoma.

Neuvoston päätöslauselma annettu 18. marraskuuta 1999 mielenterveyden edistämisestä (2000). Euroopan yhteisöjen virallinen lehti C86/1.

Nivalainen, Satu & Volk, Raija. (2002). Väestön ikääntyminen ja hyvinvointipalvelut. Helsinki. Pellervon taloudellisen tutkimuslaitoksen raportteja n:o 181.

Palola, Elina (2009). Tervettä elämää Euroopassa – ja miten siihen päästään: uuden vuosituhannen terveystaloutta. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim): Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus. Käsikirjoitus.

Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007). Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Selvityksiä 23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

PA_TA(2006)0341 Euroopan parlamentin päätöslauselma väestön mielenterveyden parantamisesta – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia (2006/2058(INI)).

Paunio, Riitta-Leena (2008). Lausunto terveydenhuoltolakitöryhmän mietinnöstä. 31.10.2008. Dnro 2645/5/08.

Psykoosit (aikuispsykiatria) (2005). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Punnonen, Heikki (2008). Sairaaloitten tammi-elokuu 2008. Sairaala- ja terveysviesti 4/2008, 28–29.

Saarelma, Osmo & Lommi, Marja-Liisa & Hemminki, Antti & Leppäkoski, Anna-Mari & Siefen, Liisa (2008): Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50/2008 vsk 63, 4441–8.

Saarni, Samuli (2008). (Mielen)terveydenhoitolaki? Hallituskolumni. Suomen Lääkärilehti 35/2008 vsk 63, 2829.

Salo, Markku & Kallinen, Mari (2007). Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Salunen, Riitta & Löfgren, Tuuli & Holmberg-Marttila, Doris & Mattila, Kari (2008). Terveyskeskusten työntekijät tarvitsevat henkilökohtaisia yhteyksiä erikoissairaanhoidon. Suomen Lääkärilehti 40/2008 vsk 63, 3313-19a.

Sillanpää, Keimo & Ålander, Tommi (2006). Palveluyrittäjyyden kartoittaminen aluekeskusohjelma-alueilla ja maakunnissa. Julkaisuja 23. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Sohlman, Biritta & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Ahonen, Juha & Saalasti-Koskinen, Ulla (2003). Mielenterveystyö kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 2003: 68, 379–386.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Oppaita 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistio 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Työryhmämuistio 2003:33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti. Työryhmämuistio 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b). Terveysturvakituksen toimialan laajentamista selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistio 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a). Työnjakoa ja työnrasitusta mielen-terveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistio 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004c). Valtionavustusten hakeminen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeille vuosina 2005–2007. Oppaita 15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006. Julkaisuja. 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006c). Sosiaali- ja terveystietopolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). Terveystieteen edistämisen koulutus sosiaali- ja terveystietosalalla. Selvityksiä 49. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007b). Sairaustietovakuutuksen kehittämistä pohtinut työryhmä. Selvityksiä 34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a). Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Selvityksiä 41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetietön kehittämiseksi vuoteen 2015. Selvityksiä 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stakes (1994). Mielenterveystietö kunnan asialistalle! Oppaita 19. Helsinki: Stakes.

Stakes (2005a). Yksityinen palvelutietotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raportteja 288. Suomen virallinen tietasto, Sosiaalitieturva 2007. Helsinki: Stakes.

Stakes (2007a). Yksityinen palvelutietotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Suomen virallinen tietasto, Sosiaalitieturva 2007. Helsinki: Stakes.

Stakes (2008c). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietastollinen vuosikirja 2008. Helsinki: Stakes.

Stengård, Jari H. & Kalanen, Kirsti & Niemi, Leena & Visurin, Susanna & Saarni, Heikki (2009). Varsinaissuomalaisilla yrittäjillä on vähän työterveyshuollon palveluja. *Suomen Lääkärilehti* 3/2009, vsk 64, 175–81.

StVL (1992). Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto 3/1992 vp. Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan lausunto hallituksen esityksestä 216/1991 koskien sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamista.

Suomen Lääkärilehti (2000). Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 44/2000, 4533–4538. Helsinki.

Suomen Lääkärilehti (2007). Kantelut TEO:lle lisääntyvät. *Suomen Lääkärilehti* 3/2007 vsk 62, 159.

Suomen Lääkärilehti (2009a). Terveystieteiden laki on kaivattu suuntaviitta. *Suomen Lääkärilehti* 3/2009 vsk 64, 134–6.

Suomen Lääkärilehti (2009b). Säästäjät iskevät terveyskeskuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 11/2009 vsk 64, 985.

Suomen Lääkärilehti (2009c). Työterveyshuolto kaipaa yhteistyötä masennuspotilaiden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 13/2009 vsk, 64, 1218–1219.

Tarkastusvaliokunnan mietintö (2008). Informaatio-ohjauksen toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. *TrVM* 5/2008 vp — *M* 2/2008 vp.

Tuori, Timo & Kiikala, Irma & Lehtinen, Ville (2000). Psykiatrisen hoidon järjestämisestä ja resursseista 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 2000:44, 4533–38.

Vainiomäki, Suvi & Kuusela, Maisa & Vainiomäki, Paula & Rautava, Päivi (2008). The quality of electronic patient records in Finnish primary healthcare needs to be improved. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008; 26: 117–112.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1984–1988 (1983). Helsinki.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä ympäristösuojelunhallinnosta vuosina 1991–1995 (1990). Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2005). Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta. Tarkastuskertomus 101. Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2006). Kouluterveydenhuollon laatusuositus -suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan. Tarkastuskertomus 136. Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008a). Hoitotakuu. Toiminnantarkastuskertomus 167. Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008b). Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy. Toiminnantarkastuskertomus 177. Helsinki.

Vinni, Kari & Sintonen, Harri (1989). Mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa 1985. Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti 1989:26, 97–104.

Vitikainen, Kirsi & Forma, Leena & Rissanen, Pekka & Raitanen, Jani & Kilkku, Nina & Ahonen, Juha (2005). Mielenterveys- ja päihdetyön kustannukset viidessä Pirkanmaan kunnassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2005. Tampere.

Vohlonen, Ilkka & Vehviläinen, Arto & Kinnunen, Juha (2003). Terveysturva ja sen rahoitus. Tuloksia tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet. Efektia.

Volk, Raija & Laukkanen, Tuula (2007). Palvelusetelin käyttö kunnissa. selvityksiä 38. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Wahlbeck, Kristian (2005). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 60–75.

Wahlbeck, Kristian (2007). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 87–101.

Wahlbeck, Kristian & Pirkola, Sami (2008). Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 131–145.

Wahlbeck, Kristian & Tuori, Timo (2009). Aika sulkea erilliset psykiatriset sairaalat. *Tessö* 1/2009, 36–38.

Willberg, Mirja (2006). Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Kuopio.

3. Internet-lähteet

Alueelliset hoitoketjut.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,6444>

Depressio.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,6444,6152,6507,7281>

Depression Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi>

Depressio. Työterveyshuollon hyvät käytännöt.

http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tk00002

European Pact for Mental Health and Well-being.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

Euroopan parlamentin päätöslauselmaesitys (2006/2058(INI)) väestön mielenterveyden parantamisesta – Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia.

http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/pr/608/608840/608840fi.pdf

Haavisto, Erno (2008). Erikoissairaanhoidon onnistuminen -lähtökohdat, muutostarpeet ja tärkeimmät uudistamisen kohteet. Esitelmä sairaalapäivillä 11.11.2008. <http://www.kunnat.net/soster>luennot>

Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006). Aikuisien mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta Nro 187. Helsinki: Kuntaliitto.

<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverktoon.pdf>

Hoitoon pääsyn seuranta erikoissairaanhoidossa. Psykiatria. Tilanne 31.12.2008.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/hoidonsaatavuus/ESH_Psykiatria31122008.pdf

Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon (2006). <http://www.kaupahoito.fi>hoitoketjut>

<http://www.eduskunta.fi>valtiopäiväasiat ja -asiakirjat>aloitteet>

<http://www.iivari.eduskunta.fi>Altika-tilastotietokanta>

<http://www.kunnat.net.fi>

<http://www.kunnat.net>sosiaali ja terveys>sairaanhoitopiirit>katsaukset ja erillisselvitykset>Selvitys sairaaloiden erikoislääkärivajeesta>

<http://www.laaninhallitus.fi/>

<http://www.lempaala.fi/nuorisoeuro.pdf>

<http://www.stm.fi>vastuualueet>sosiaaliturva ja rahoitus>talous- ja toimintasuunnitelmat>tulossopimukset 2008>

Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cf9bd600-ba20-4996-ae1-5077f7de5fe0>

Kelan sairausvakuutusilasto 2004

<http://www.kela.fi/tilasto>verkkotilastot>vuositilastot>

Kelan sairausvakuutusilasto 2005

<http://www.kela.fi/tilasto>verkkotilastot>vuositilastot>

Kelan sairausvakuutusilasto 2006.

<http://www.kela.fi/tilasto>verkkotilastot>vuositilastot>

Kelan sairausvakuutusilasto 2007.

<http://www.kela.fi/tilasto>verkkotilastot>vuositilastot>

Kiiskinen, Urpo & Teperi, Juha & Häkkinen, Unto & Aromaa, Arpo (2005). Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset. Suomalaisten terveys.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto>

KOM (2005a) 115 lopullinen 6.4.2005. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja aluei-

den komitealle. Kansalaisten terveyden, turvallisuuden ja luottamuksen edistäminen: terveys- ja kuluttajansuojastrategia. Bryssel.
<http://www.eu.int.fi>

KOM (2005b) 484 lopullinen 14.10.2005. Vihreä kirja: Väestön mielen-terveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielen-terveysstrategia. Bryssel. <http://www.eu.int.fi>

Kuormitusmittarit (2002)
<http://www.mol.fi/jaksamisohjelma/tutkimukset/Kuormitusmittariselvitys%202002>

Masennus. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,6444>

Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (aikuispsykiatria) (2005b). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058057#fi

Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (aikuispsykiatria).
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=hpt00179

Mielen-terveysindikaattorit. THL, Indikaattoripankki SOTKANet 2005–2009. <http://www.Sotkanet.fi>

Mäkitalo, Raili & Ruotinen, Jukka (2006). Julkisen talouden kestävyys ja palvelutuotannon tuottavuus. Keskustelualoitteita no. 74. Valtiovarainministeriö. Kansantalousosasto.
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/02_taloudelliset_katsaukset/20061006Julkis/keskustelualoite_74.pdf

OECD (2008). OECD's policy recommendations. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3) – Denmark, Ireland, Finland and the Netherlands. <http://www.oecd.org>

Peisa Timo (2008). Mielen-terveys- ja päihdetyön valtakunnallinen kehittämisseminaari 2.9.2008. Hankkeilla valmiuksia Lapin perustason toimintoihin?

Pääministeri Matti Vanhasen I hallitusohjelma (2003).
<http://www.vn.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/fi.jsp>

Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelma (2007).
<http://www.vn.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/fi.jsp>

Risikko Paula (2009). Ministeri ei usko hallintohimmeleihin. Lääkärilehden uutisia 15.1.2009
<http://www.laakarilehti.fi/uutinen>

Skitsofrenia.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2547,6444,6422,9757>

SM043:00/2005. Kunta- ja palvelurakennemuutos <http://hare.vn.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2000). Mielekäs elämä. Mielenterveyspalveluiden kehittämissuositukset. Julkaisu 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://www.pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys36.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Oppaita 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058057#fi

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a). Asumista ja kuntoutusta. Mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Julkaisu 13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
<http://www.stm.fi>julkaisut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuositus KASTE 2008–2011. (2008a). Julkaisu 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi>julkaisut>julkaisuja-sarja

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008b). Uusi terveydenhoitolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Selvityksiä 28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://www.stm.fi>hankkeet>Terveydenhuoltolain uudistus](http://www.stm.fi>hankkeet>Terveydenhuoltolain_uudistus)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009b). Kuntien ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistamiseksi selvitetään. Sosiaali- ja terveysministeriön Tiedote 53/2009 (17.2.2009). <http://www.stm.fi>tiedotteet>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009c). Ministeri Hyssälä: Uusia askeleita aktivointiin ja pidempiin työuriin. Sosiaali- ja terveysministeriön Tiedote 64/2009 (24.2.2009). <http://www.stm.fi>tiedotteet>

Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006). Onks tietoo? – Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset 3. Helsinki: Valtiovarainministeriö. <http://www.vm.fi/julkaisut>

Stakes (2005b) Mielenterveysatlas. Tunnuksia Suomesta. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>

Stakes (2007b) Yhteenvetoa palvelujärjestelmätason tutkimustiedosta Mieli 2009-työryhmää varten. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/EF377C26-B304-4F42-B4E2-DAD9980C4FD6/0/Mielenterveys_tutkimuksen_valossa_2007.pdf

Stakes (2008b). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2007. Tilastotiedote 25/2008. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt25_08.pdf

Stakes (2008a). Yksityiset sosiaalipalvelut 2007. Tilastotiedote 19/2008. <http://www.stakes.fi/tilastot/yksityisetsosiaalipalvelut>

Suomen Lääkäriliitto (2002). Lääkärikysely 2002. Tilastoja. <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2002.pdf>

Suomen Lääkäriliitto (2008). Lääkärikysely 2008. Tilastoja. <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2008.pdf>

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet (2001). Etene-julkaisu 1. Helsinki. <http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2009a). Hyvinvoiva ja terve kunta. Tukiaineistoa kuntajohdolle. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cf9bd600-ba20-4996-ae1-5077f7de5fe0>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2009b). Tilastot ja rekisterit. <http://www.thl.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index.htm>

Terveyskeskusten lääkäritilanne 2008. <http://www.laakariliitto.fi/tutkimus/tutkimusraportit>tk-lääkäritilanne>

Valtiokonttori (2008). Mitä työkyvyttömyys maksaa työnantajalle? [http://www.valtiokonttori.fi\(public/default.aspx?nodeid=16308](http://www.valtiokonttori.fi(public/default.aspx?nodeid=16308)

Valtioneuvoston kanslia Tiedote 143/2009 (7.5.2009)
<http://www.vnk.fi>ajakohtaista>tiedotteet>tiedote>

Valtiovarainministeriö (2008). Kunta- ja palvelurakenneuudistus: Tulevina haasteina palveluiden kehittäminen ja muutosjohtaminen. Valtiovarainministeriön Tiedote 60/2008 (16.4.2008). <http://www.vm.fi>tiedotteet,puheet ja uutiskirjeet>tiedotteet>

Valtiovarainministeriö (2009). "Parasta nyt – Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen suunnitteluvaiheen loppuarviointi". Julkaisu nro 11. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20090317Parast/name.jsp

WHO (2001). The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. <http://www.who.int/whr/2001/en/>

WHO (2005). Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice.
http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Yhteisön kansanterveysalan toimintaohjelma (2003–2008)
http://www.ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_fi.htm

4. Painamattomat

Aluehallinnon uudistamishanke (ALKU). VM016:05/2008. Hare. Valtioneuvoston hankerekisteri

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen asiakirjat. Paras-extranet-sivusto

Puhelinkeskustelu 25.8.2008, sosiaali- ja terveysministeriö

Stakes. Erillisajot koskien yksityisiä asumispalveluyksiköitä. Julkaisematon

Stakes. Yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajia koskevat luvat. Erillisajo. Julkaisematon

Sähköposti 6.4.2009, Eläketurvakeskus

Sähköposti 29.1.2009, Kuntaliitto

Sähköposti 27.3.2009, Kuntaliitto

Sähköposti 5.2.2009, tarkastuskunta

5. Haastattelut

Esiselvityksen haastattelu

Sosiaali- ja terveysministeriö, 30.5.2008, 3 henkilöä

Mielenterveyden Keskusliitto, 4.6.2008, 4 henkilöä

Terveystalo Helsinki, työterveyslinja, 5.6.2008, 2 henkilöä

Tarkastusvaiheen haastattelut

Läänit

Etelä-Suomen lääninhallitus, 12.9.2008, 1 henkilö

Itä-Suomen lääninhallitus, 16.10.2008, 1 henkilö

Lapin lääninhallitus, 9.10.2008, 1 henkilö

Länsi-Suomen lääninhallitus, 30.9.2008, 1 henkilö

Oulun lääninhallitus, 10.10.2008, 1 henkilö

Kunnat

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, 4.11.2008, 5 henkilöä

Imatran sosiaali- ja terveystoimi, 23.10.2008, 4 henkilöä

Joensuun sosiaali- ja terveystoimi, 27.10.2008, 3 henkilöä

Karjaan sosiaali- ja terveystoimi, 30.10.2008, 3 henkilöä

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystoimi, 24.10.2008, 5 henkilöä

Salon sosiaali- ja terveystoimi, 15.12.2008, 2 henkilöä

Tampereen sosiaali- ja terveystoimi, 23.9.2008, 4 henkilöä

Tampereen terveystoimi, 3.3.2009, 1 henkilö

Turun sosiaali- ja terveystoimi, 21.10.2008, 4 henkilöä

Turun terveystoimi, 8.1.2009, 1 henkilö

Työterveydenhuollon yksiköt

S-työterveysasema, 23.9.2008, 2 henkilöä

Keskinäinen vakuutusyhtiö Tapiola, 18.12.2008, 1 henkilö

Metso Minerals, 3.10.2008, 2 henkilöä

Orion Oyj Orion Pharma, 6.10.2008, 3 henkilöä

Terveystalo Tampere, 6.11.2008, 3 henkilöä

Terveystalo Kuopio, 16.10.2008, 3 henkilöä

Kallaveden Työterveys, 26.11.2008, 3 henkilöä

Tullikulman Työterveys, 15.10.2008, 1 henkilö

Asiantuntijahaastattelut

Valvira (ent. TEO), 1.12.2008, 2 henkilöä

Toiminnantarkastukset vuodesta 2005 lähtien
(15.4.2009 lukien tuloksellisuustarkastukset)

- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus
- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimitilahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen
- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat – *puitesopimus*
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen – *kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa*
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö

- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattivastukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaalihankinnoissa
- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely – *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosohjaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli – *maakunnan kehittämisrahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus – *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamisenmenettelystä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely – *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu

- 141/2007 Verotuet
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*
- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut
- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjausvälineenä
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulosohjauksen tila
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveystieteiden edistämisen määrärahalta toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus
– *liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana*
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella

- 167/2008 Hoitotakuu
- 168/2008 Valtion kassanhallinta
- 169/2008 Hallinto-oikeudet
- 170/2008 Kehitysyhteistyön läpileikkaavat tavoitteet
- 171/2008 Koulutuksen määrällinen ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen – erityiskohteena nuorten ammatillinen peruskoulutus
- 172/2008 Alueellisten kehittämisohjelmien vaikutukset
- 173/2008 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 174/2008 Työnvälityksen palveluprosessi
- 175/2008 Maatalouden ravinnepäästöjen vähentäminen
- 176/2008 Valot päällä Pohjolassa
Pohjoismainen sähköhuollon valmiusyhteistyö
- 177/2008 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy
- 178/2008 Poliisin tietohallintokeskuksen alueellistaminen
- 179/2008 Valtion velanhallinta
- 180/2009 Asiantuntija- ja tutkimuspalvelujen hankinta ulkoasiainministeriössä
- 181/2009 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuusjärjestelmän läpinäkyvyys
- 182/2009 Vesiväylien kunnossapito
- 183/2009 Alueelliset ympäristökeskukset tavoite 2 -ohjelman toteuttajina
- 184/2009 Valtion talousarvion ulkopuolisten rahastojen ohjaus ja hallinto
- 185/2009 Ajoneuvohallintokeskuksen PALKO-hanke
- 186/2009 Taloushallinnon muutokset ministeriöissä, virastoissa ja laitoksissa
- 187/2009 Sisäasiainhallinnon palvelukeskus
- 188/2009 Ammattikorkeakoulutuksen työelämälähtöisyyden kehittäminen
- 189/2009 Yritysten liiketoiminnan sähköistämisen edistäminen
- 190/2009 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan harkinnanvaraiset tukijärjestelmät
- 191/2009 Puoluetuki
- 192/2009 Perusopetuksen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä
- 193/2009 Lääkinnällinen kuntoutus
- 194/2009 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO

Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki

Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, www.vtv.fi

ISBN 978-952-499-106-3 (nid.)