



Airi Partanen
Juha Moring
Esa Nordling
Viveca Bergman
(toim.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015

Suunnitelmasta toimeenpanoon
vuonna 2009

© Kirjoittajat ja THL

Ruotsin- ja englanninkielinen tiivistelmä: Semantix

Taitto: Airi Partanen

Yliopistopaino
Helsinki 2010

Lukijalle

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama asiantuntijatyöryhmä valmisteli kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2007–2009. Suunnitelman valmistelussa käytettiin kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmää. Varsinaisen työryhmätyöskentelyn lisäksi suunnitelmaa valmisteltaessa järjestettiin useita alueellisia ja järjestöjen kuulemistilaisuuksia vuoden 2008 aikana mielenterveys- ja päihdetyötä koskevan keskustelun herättelemiseksi sekä kunta- ja järjestökentältä tulevien näkemysten kokoamiseksi suunnitelman valmistelun tueksi. Kenttä – niin kunnissa toimivat ammattilaiset, järjestöjen työntekijät ja niissä toimivat jäsenet kuin myös alalla toimivat kehittäjät – oli näin viritetty odottamaan suunnitelman valmistamista.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma julkaistiin vuoden 2009 helmikuussa. Jo suunnitelman valmisteluvaiheessa virinnyt kiinnostus oli luonut hyvän pohjan suunnitelman vastaanotolle. Suunnitelmasta tiedottaminen sekä tarkemman toimeenpanosuunnitelman valmistelu annettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtäväksi.

Mieli-suunnitelma antaakin THL:lle uutena laitoksena erinomaisen välineen valtakunnalliseen työhön mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä sekä näiden ongelmien varhaisessa havainnoinnissa ja oikea-aikaisessa tuessa. THL:n ensimmäisenä toimintavuotena havaittiin, että tällä hetkellä koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on hyvin kirjava, ja alueelliset erot niin palvelujen saatavuudessa, laadussa kuin järjestämistavoissakin ovat suuria. Näin on myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen kohdalla.

Päihde- ja mielenterveystyön osalta järjestelmää pitää toisaalta vahvistaa ja toisaalta muovata kokonaan uuteen malliin. Järjestelmämuutosten aikana on syytä pitää keskeisenä mielessä kaksi asiaa. Potilaat sekä heidän omaisensa ovat olemassa omine yksilöllisine palvelutarpeineen, ja ammattilaiset kohtaavat heitä työssään. Mieli-suunnitelman mukanaan tuoman mahdollisen lisäarvon tulee näkyä ja kuulua tässä kohtamisessa. Hyvistä kohtaamisista muodostuu hyvä palvelujärjestelmä. Hyvin toimiva palvelujärjestelmä – mukaan lukien ennaltaehkäisevä työ – ei ole itsestään selvyys. Tällä hetkellä erityisesti heikot ja haavoittuvassa asemassa olevat kansalaiset kohtaavat vaikeuksia asioidessaan usein monimutkaisessa järjestelmässä. Esteitä pitää poistaa, nostaa potilaan ja asiakkaan kokemus keskiöön ja kohdata potilas aidosti. Mieli-suunnitelma antaa mahdollisuuden tälle. Onnistuminen riippuu meistä kaikista. Kysymykseen ”kuka vastaa?” on vastauksena kukin. Kukin omalta osaltaan vastaa siitä, että tulevaisuudessa myös päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat sellaisella tasolla, että voimme kansakuntana olla niistä ylpeitä.

Kutsun kaikki lukijat yhteiseen työhön!

Marina Erhola
Toimialajohtaja
Palvelut-toimiala
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmä

Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 16/2010. 91 sivua. Helsinki 2010.

Raportissa tarkastellaan sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettaman Mieli 2009 -työryhmän valmistelmaa ja keväällä 2009 julkaistua kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, sen saamaa vastaanottoa sekä siihen liittyvää toimeenpanosuunnitelmaa. Raportin alussa on myös katsaus mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvästä tämän hetkisestä epidemiologisesta tilanteesta, mielenterveyden edistämisestä sekä ehkäisevästä päihdetyöstä, mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisestä Suomessa sekä palveluiden järjestämistavoista muissa Pohjoismaissa.

STM:n mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Siinä painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävän sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostamista, palvelujärjestelmän kehittämistä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivammaksi. Mukana on myös suunnitelman toteutumista tukevia ohjauskeinoja.

Vaikka mielenterveyden häiriöt eivät ole lisääntyneet, niihin liittyvä työkyvyttömyys on yleistynyt. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista 44,5 prosentilla eläkkeen perusteena on mielenterveys- tai päihdehäiriö. Suuri osa mielenterveyshäiriöistä jää tunnistamatta, mikä on suuri haaste palvelujärjestelmälle. Päihteiden osalta 2000-lukua leimaa alkoholinkäytön ja siihen liittyvien haittojen nopea yleistymisen. Vuonna 2009 Suomessa kulutettiin 10,2 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohden, ja lisääntynyt kulutus on näkynyt alkoholikuolemien, -sairauksien ja sosiaalipalvelujen käytön lisääntymisenä. Huumeiden osalta tilanne on viime vuosina tasaantunut, mutta huumeaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet.

Pitkäjänteisellä mielenterveyden edistämällä ja ehkäisevällä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämällä on mahdollisuus vastata kasvaviin mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Mielenterveyden edistämällä pyritään vaikuttamaan mielenterveyttä määrittäviin tekijöihin ja ehkäisemään mielenterveyshäiriöitä ja itsemurhia. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vähentämään päihteiden kysyntää, saatavuutta, tarjontaa sekä päihteiden käyttöön liittyviä haittoja edistämällä päihteettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja ja lisäämällä päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa. Vaikka 2000-luvulla ehkäisevä työ on saanut suuremman painoarvon, taloudellinen lama ja kustannussäästöt ovat tehneet hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä lyhytjänteistä. Strategisen työskentelyn tasolla mielenterveyden edistäminen ja ehkäisevä päihdetyö on kuitenkin sisällytetty usein jo laajempiin hyvinvointistrategioihin.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämistä Suomessa pyritään hallitsemaan suhteellisen väljällä lainsäädännöllä ja toimijoita on paljon yksittäisistä pienistä kunnista laajoihin kuntayhtymiin ja yksityisiin palveluntuottajiin. Mielenterveyspalvelut sijoittuvat suurelta osin terveydenhuollon vastuulle ja päihdepalvelut sosiaalihuollon vastuulle. Eri toimijoiden välille on muodostunut rajapintoja, joiden ylittämiseen muodostuneet rajat ovat merkinneet mielenterveyspalveluissa lähetekäytäntöjä ja päihdepalveluissa maksusitoumuskäytäntöjä sekä jonoja tai palvelujärjestelmien väliin putoamista palveluista tai järjestelmästä toiseen siirryttäessä.

Päihdepalveluita ei ole integroitu psykiatriaan muissa Pohjoismaissa, vaikka kosketuspintaa onkin. Suomi näyttäytyy mielenterveyspalvelujen osalta muita laitospainotteisempana, pakkohoitoa on enemmän ja kuntien mielenterveytyö ei ole muiden maiden tasolla. Perustason erityyppisten mielenterveyspalvelujen ja mielenterveyttä tukevien palveluiden järjestämisvastuu on kunnilla, mutta psykiatrian palvelut toteutetaan alueellisina, kuten Norjassa viiden valtion rahoittaman terveydenhuoltoyrityksen toimesta, Ruotsissa maakärjäkuntien toimesta tai Tanskassa viiden alueen toimesta. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen on muissa maissa sijoitettu lähelle maan poliittista johtoa, ja sille on osoitettu korvamerkittyä rahoitusta valtion tulo- ja menoarviosta. Päihdepalveluiden järjestämistavat ja viimeaikaisten uudistusten suunta päihdepalveluiden järjestämisessä vaihtelevat eri Pohjoismaissa Ruotsin kunnilla olevasta perusvastuusta Tanskan 98 suurkunnalle hajautettuun järjestelmään ja Norjan viidelle terveydenhuoltoyritykselle annettuun vastuu-

seen. Ruotsissa ja Norjassa käytetään päihdehuollon pakkohoitoa selvästi enemmän kuin Suomessa. Eri Pohjoismaista saadut kokemukset osoittavat, että palveluiden järjestämisvastuun alueellinen hajauttaminen ilman korvamerkittyä rahoitusta tai valtion tai alueiden tukea on kohtalokasta etenkin jo syrjäytyneiden päihdeongelmaisten kannalta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnisti keväällä 2009 suunnitelmaa koskevan tiedottamisen ja toteutti samalla webropol-pohjaisen kyselyn. Tämän lisäksi palautetta suunnitelman vastaanotosta on kerätty ammatti- ja järjestölehtien kirjoituksista vuodelta 2009 sekä THL:n johdon tekemän kuntakierroksen pohjalta. Ne osoittivat, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelma tunnetaan jo melko hyvin. Suunnitelmassa esitetyt ehdotukset ovat saaneet myös monelta osin hyväksyvän vastaanoton. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma näyttää valmistuneen hyvään aikaan – kunta- ja palvelurakennemuutos luo mahdollisuuden myös mielenterveys- ja päihdetyön laaja-alaiselle kehittämiselle ja palvelujärjestelmän uudistamiselle. Yhteinen kehittämistyö näyttää lähteneen jo monella alueella käyntiin. Avo- ja peruspalveluiden kehittäminen nähtiin tärkeäksi, samoin asiakkaan aseman vahvistaminen. Kritiikkiä tuli erityisesti sosiaalitoimen vähäisestä näkymisestä suunnitelmassa. Lisäksi vastauksissa näkyi huolestuneisuutta siitä, nouseeko päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn kynnyksen nykytilaan verrattuna. Eniten epävarmuutta liittyi erikoistason avohoidon yhdistämiseen sekä psykiatrisen sairaalahoidon siirtämiseen yleissairaaloitten yhteyteen. Yhdistämisen haasteellisuutta korostettiin monella tavalla – ei vain rakenteellisena yhdistämisenä, vaan myös vahvasti asenteellisena ja osaamiseen liittyvänä haasteena. Palvelujärjestelmän kehittäminen asiakaskeskeisesti antaa hyvän lähtökohdan monilla paikkakunnilla erillään toimineiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteiseen kehittämiseen.

THL valmisteli vuoden 2009 aikana THL:n omaa toimeenpanosuunnitelmaa, kävi keskustelua mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta lukuisissa koulutustilaisuuksissa, yhteistyökokouksissa ja -hankkeissa sekä uudisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkosivuja www.thl.fi/mielijapaihde. Päävastuu toimeenpanosta on THL:n Palvelut-toimialalla olevalla Mielenterveys ja päihdeongelmat -osastolla (MIPO), mutta toimeenpanoon osallistuvat kaikki THL:n toimialat. THL:n toimeenpanosuunnitelmaan sisältyy kymmeniä eri THL:n toimintoja, joissa on mukana mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista toimintaa, ja lisäksi siinä nostetaan esille lähivuosien ajalle 2–3 kärkihanketta kultakin neljältä painopistealueelta. Kokemusasiantuntijuuden ja vertaistoimijuuden vahvistaminen sekä psykiatrisen sairaalahoidon kehittäminen potilas- ja asiakasturvallisuuden lisäämiseksi vähentäen samalla tahdosta riippumattomia toimia psykiatrisissa sairaaloissa vahvistavat asiakkaan asemaa. Strategiatyö sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien taakan sukupolvelta toiselle siirtymisen estäminen ovat ehkäisevään työhön liittyviä kärkihankkeita. Palvelujärjestelmän osalta kärkeen on nostettu matalakynnyksisten, mielenterveys- ja päihdeosaamisen sisältävien peruspalveluiden kehittämisen tuki sekä samanaikaisesti palvelujärjestelmän kehityksen seuraaminen tutkimuksen ja rekisteritoiminnan avulla. Ohjauskeinoissa panostetaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelman verkkosivujen kehittämiseen sekä vahvistetaan ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen, alueellisen ja paikallisen koordinaation kehittymistä. Lisäksi THL antaa asiantuntijatukeen lainsäädännön valmistelussa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmalla – Kaste-ohjelmalla – on keskeinen asema mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä. Tällä hetkellä jo neljällä Kaste-alueella on meneillään mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke. Toisena keskeisenä yhteistyöhankkeena mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä on Toimiva terveyskeskus -toimeenpano-ohjelma.

STM:n toimeenpanoon liittyvissä tehtävissä painottuu lainsäädäntöön liittyvä sekä valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ohjausryhmän kautta tapahtuva kehittämistyö. Terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolainsäädännön uudistus ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskevan lainsäädännön kehittäminen ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyöhön vaikuttavia lainsäädäntöhankkeita.

Kehittämistyön kenttä on laaja. Se ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille. Sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi tarvitaan myös yhteistyötä monien muiden sektoreiden kanssa. Sen toteuttaminen onnistuu vain yhteistyöllä. Tässä yhteistyössä tarvitaan niin mielenterveys- kuin päihdetyön ammattilaisia ja organisaatioiden johtoa, niin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuin järjestöjen ja muun kolmannen sektorin toimijoita, sekä lisäksi laaja-alaisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin ulkopuolella olevia, mutta merkittävästi ihmisten hyvinvointiin vaikuttavia tahoja, kuten opetus-,

kulttuuri- ja muu vapaa-ajantoimintaa, elinkeinoelämää sekä asuin- ja elinympäristöjen rakentamisesta vastaavia tahoja.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveyden edistäminen, mielenterveyskuntoutus, ehkäisevä mielenterveystyö, päihde, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihdehuolto, päihdeongelmat, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Sammandrag

Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009 [Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete 2009–2015. Från plan till genomförande år 2009]. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Diskussionsunderlag 16/2010. 91 sidor. Helsingfors 2010.

I rapporten granskas den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete som bereddes av arbetsgruppen Mieli 2009 och publicerades våren 2009. Arbetsgruppen Mieli 2009 tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet (SHM). I rapporten granskas också det mottagande rapporten fått och planen för genomförandet av åtgärderna. Rapporten inleds med en översikt över det rådande epidemiologiska läget i fråga om psykisk hälsa och missbruk, främjandet av psykisk hälsa, det alkohol- och drogförebyggande arbetet och sätten att tillhandahålla mentalvårds- och missbrukartjänster i Finland och övriga Norden.

I SHM:s plan för mentalvårds- och missbruksarbete presenteras 18 förslag till gemensam utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk fram till år 2015. I planen läggs särskild vikt vid att stärka klientens ställning och att effektivisera arbetet för att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt åtgärderna för att förebygga problem och skadeverkningar. Vidare framhålls att servicesystemet bör utvecklas så att större vikt läggs vid basservicen och öppenvården, som ska bli bättre på att samtidigt beakta psykiska problem och missbruksproblem. Planen omfattar också styrmedel för genomförandet av planen.

Trots att psykiska störningar inte har blivit vanligare, är dessa oftare än förut en bakomliggande orsak till arbetsförmåga. Orsaken till sjuk- eller invalidpension är i 44,5 procent av fallen psykiska problem eller missbruksproblem. En stor del av de psykiska störningarna förblir oupptäckta, vilket är en stor utmaning för servicesystemet. 2000-talet präglas av snabb ökning av alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador. År 2009 konsumerade finländarna 10,2 liter absolut alkohol per person. Den ökande konsumtionen kommer till synes i ett ökat antal alkoholrelaterade dödsfall, sjukdomar och behov av socialtjänster. Ifråga om droger har situationen stabiliserats, men antalet drogrelaterade dödsfall har ökat.

Genom att långsiktigt främja den psykiska hälsan och utveckla det förebyggande alkohol- och drog arbetet kan man motverka ökningen av de psykiska problemen och missbruksproblemen. Arbetet för att främja den psykiska hälsan har som syfte att påverka de faktorer som utlöser psykiska problem och att minska förekomsten av psykiska störningar och självmord. Målet för det förebyggande missbruksarbetet är dels att minska efterfrågan på, tillgången till och utbudet av berusningsmedel, dels att minska de alkohol- och drogrelaterade skadeverkningarna genom att främja alkohol- och drogfria levnadsvanor, motarbeta skadeverkningarna och öka förståelsen och hanteringen av fenomenet. Trots att större vikt har lagts vid det förebyggande arbetet under 2000-talet, har den ekonomiska recessionen och sparåtgärderna gjort arbetet för att främja välfärd och hälsa kortsiktigt. På strategisk nivå integreras ofta främjandet av den psykiska hälsan och det förebyggande missbruksarbetet i bredare välfärdsstrategier.

Ordnandet av mental- och missbrukarvård styrs av en relativt fri lagstiftning och de många aktörerna omfattar bland annat små kommuner, stora samkommuner och privata serviceproducenter. Ansvar för mentalvården vilar i stor utsträckning på hälso- och sjukvården, medan socialvården ansvarar för missbrukarvården. Det har uppstått gränssytor mellan de olika aktörerna, och för att överskrida dessa gränser har ett remissförfarande uppstått inom mentalvården. I fråga om missbrukarvården har gränserna medfört betalningsförbindelser och köer. Människor kan falla mellan två stolar då de flyttar från ett system till ett annat.

Missbrukarvården är inte integrerad i psykiatrin i de övriga nordiska länderna trots att det finns en kontaktyta mellan dessa. Finland framstår som mer institutionsorienterat än de andra nordiska länderna i fråga om mentalvårdstjänsterna. Tvångsvårdens omfattning är större och kommunernas mentalvård håller inte samma nivå som i de andra länderna. Ansvar för att tillhandahålla primära mentalvårdstjänster och tjänster som stödjer den psykiska hälsan vilar på kommunerna, medan den psykiatriska vården ordnas regionalt. I Norge tillhandahålls de psykiatriska tjänsterna av fem statsfinansierade hälso- och sjukvårdsföretag, i Sverige via landstingen och i Danmark via fem regioner. Utvecklingen av mentalvården har i de andra

nordiska länderna skett nära landets politiska ledning, och öronmärkta anslag för utvecklingsarbetet har anvisats i statsbudgeten. Sätten att tillhandahålla missbrukarvård och trenderna för hur man omorganiserat tillhandahållandet av tjänsterna har varierat mellan de nordiska länderna under senare tid. I Sverige har kommunerna det primära ansvaret, Danmark har ett decentraliserat system där ansvaret är fördelat på landets 98 storkommuner och i Norge har ansvaret överfört på fem hälso- och sjukvårdsföretag. I Sverige och Norge tillämpas tvångsvård inom missbrukarsektorn betydligt oftare än i Finland. Erfarenheterna från de nordiska länderna visar att en regional decentralisering av ansvaret för att tillhandahålla tjänster utan öronmärkt finansiering eller statens eller regionernas stöd, är ödesdigert framför allt för redan utslagna missbrukare.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) började informera om planen våren 2009 och gjorde samtidigt en Webropol-baserad enkät. Därtill har respons om planen samlats in på basis av artiklar i fack- och organisationspressen från 2009 och under den kommunrunda som THL:s ledning gjorde. Responsen visade att planen för mentalvårds- och missbruksarbete redan är relativt väl känd. Förslagen i planen har i flera avseenden tagits väl emot och accepterats. Planen för mentalvårds- och missbruksarbete verkar ha blivit färdig vid en lämplig tidpunkt – kommun- och servicestrukturreformen ger möjligheter också till en omfattande utveckling av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk och en reform av servicesystemet. Det gemensamma utvecklingsarbetet verkar ha kommit i gång inom flera områden. Utvecklingen av basservicen och den öppna vården upplevdes som viktig, liksom också åtgärderna för att stärka klientens ställning. Kritiken gällde främst det sociala arbetets ringa synlighet i planen. Svaren återspeglade en viss oro för att vårdtröskeln för missbrukarna kan höjas jämfört med nuläget. Den största osäkerheten gällde sammanslagningen av öppenvården inom den specialiserade sjukvården och överföringen av den psykiatriska sjukhusvården till allmänna sjukhus. De utmaningar som sammanslagningen innebär lyftes fram i olika avseenden, både i fråga om strukturen och attityderna och kompetensen. Utvecklingen av ett kundorienterat servicesystem utgör en god utgångspunkt för en gemensam utveckling av mentalvården och missbrukarvården, som på många orter har organiserats fristående från varandra.

Under 2009 beredde THL en egen verkställighetsplan och diskuterade planen för mentalvårds- och missbruksarbete vid flera utbildningsevenemang och samarbets- och projektmöten. THL förnyade även sina webbsidor om planen för mentalvårds- och missbruksarbete på adressen www.thl.fi/mielijapaihde. Avdelningen för psykiska problem och missbrukarvård (MIPO) inom THL:s verksamhetsområde social- och hälso-tjänster har huvudansvaret för att verkställa planen, men alla THL:s verksamhetsområden deltar i verkställandet. THL:s verkställighetsplan omfattar tiotals olika funktioner inom THL som berör psykisk hälsa eller missbruk. Verkställighetsplanen lyfter fram 2–3 spetsprojekt för de närmaste åren för alla de fyra prioriterade områdena. Effektivare medverkan av brukare experter och kamratstödare i arbetet, utvecklingen av sjukhusvården i syfte att öka patient- och klientsäkerheten och minskningen av tvångsåtgärder vid de psykiatriska sjukhusen stärker klientens ställning. Det strategiska arbetet och insatserna för att förhindra att psykisk ohälsa och missbruk och följderna av dessa överförs från generation till generation ingår i spetsprojekten inom det förebyggande arbetet. I fråga om servicesystemet läggs särskild vikt vid stödet för att utveckla en lättillgänglig basservice med kompetens både inom psykisk hälsovård och missbrukarvård och vid uppföljningen av servicesystemets utveckling med hjälp av forskning och registrering. I fråga om styrmedel betonas utvecklingen av webbsidorna om planen för mentalvårds- och missbruksarbete. Därtill intensifieras den riksomfattande, regionala och lokala koordineringen av arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk. THL ger sakkunnigstöd vid lagberedningen.

Utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, KASTE, har en central roll i utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet. Inom fyra KASTE-områden pågår för närvarande utvecklingsprojekt som rör mentalvårds- och missbruksarbetet. Åtgärdsprogrammet Fungerande hälsovårdscentraler är ett annat centralt samarbetsprojekt kring utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet.

I fråga om social- och hälsovårdsministeriets verkställighetsuppgifter betonas det lagstiftningsmässiga utvecklingsarbetet och det utvecklingsarbete som görs via den riksomfattande styrgruppen för mentalvårds- och missbruksarbete. Den nya hälso- och sjukvårdslagen, revideringen av socialvårdslagstiftningen och beredningen av lagstiftningen om tvångsvård är centrala lagstiftningsprojekt med inverkan på arbetet för psykisk hälsa och mot missbruk.

Utvecklingsarbetet är omfattande. Vid sidan om det offentliga servicesystemet gäller arbetet även i hög grad den tredje sektorn. Samarbete behövs med flera andra sektorer än social- och hälsovårdssektorn. I detta samarbete behövs experter på mentalvårds- och missbruksarbete och organisationsledning, den offentliga social- och hälsovården, tredje sektorn och de sektorer utanför social- och hälsovården som i betydande omfattning inverkar på människors välfärd. Sådana områden är bland annat utbildnings-, kultur- och fritidssektorerna, näringslivet och de instanser som ansvarar för boende- och livsmiljön.

Nyckelord: psykisk hälsa, psykiska störningar, mentalvårdstjänster, främjande av psykisk hälsa, psykisk rehabilitering, förebyggande mentalvårdsarbete, alkohol och andra droger, förebyggande alkohol- och drog arbete, tjänster inom missbrukarvården, missbrukarvård, missbruksproblem, den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete

Abstract

Airi Partanen, Juha Moring, Esa Nordling, Viveca Bergman (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihde-suunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009 [The National Plan for Mental Health and Substance Abuse Work 2009–2015. From Plan to Action in 2009]. National Institute for Health and Welfare (THL), Discussion Papers 16/2010. 91 pages. Helsinki 2010.

This report discusses the national plan for mental health and substance abuse work, prepared by the Mieli 2009 working group appointed by the Ministry of Social Affairs and Health and published in spring 2009 and also discusses reception of the plan and the related implementation plan. At the beginning of the report, there is a review of the current epidemiological situation in mental health and substance abuse, mental health promotion, substance abuse prevention, the provision of mental health and substance abuse services in Finland, and the provision of these services in the other Nordic countries.

The national plan for mental health and substance abuse work includes 18 proposals for joint development of mental health and substance abuse work up to the year 2015. The plan focuses on strengthening the status of the client, enhancing efforts to promote mental health and abstinence from intoxicants and to prevent problems and adverse effects, and developing the service system to focus on outpatient services and basic services while ensuring that both mental health and substance abuse problems are considered at the same time. The plan also presents steering tools to help ensure implementation of the plan.

Although mental health disorders have not increased, disability due to mental health problems has become more common. Mental health disorders or substance abuse problems are the reason for 44.5% of disability pensions. Mental health problems remain undiagnosed to a great extent, which presents a major challenge for the service system. In the area of substance abuse, alcohol consumption and related adverse effects have rapidly become more common in the 2000s. In 2009, annual alcohol consumption in Finland was equivalent to 10.2 litres of 100% alcohol per capita, and the increase in consumption has translated into an increase of alcohol-related deaths and illnesses and of the need for social services. In drug abuse, the situation has stabilized in recent years, but drug-related deaths have increased.

Long-term mental health promotion and development of preventive mental health and substance abuse action can help combat the growth trend in mental health and substance abuse problems. Mental health promotion aims to influence factors that affect mental health and thereby to prevent mental health disorders and suicides. Preventive substance abuse action aims to reduce the demand for, availability of and supply of intoxicants and the incidence of adverse effects of substance abuse by promoting intoxicant-free lifestyles, by preventing and actively reducing the adverse effects and by increasing general awareness of substance abuse and how to control it. Although the focus has shifted to prevention in the 2000s, the economic recession and spending cuts have forced the promotion of wellbeing and health into short-term mode. However, at the strategic level the promotion of mental health and the prevention of substance abuse have been included in broader strategies for wellbeing.

The provision of mental health and substance abuse services in Finland is governed by legislation framed in relatively broad terms, and there are different kinds of actors from small local authorities to large municipal federations and private service providers. Mental health services are largely handled by the health care sector, and substance abuse services by the social welfare sector. Boundaries have evolved between sectors and actors, which has translated into the use of referrals in mental health services and guarantees of payment in substance abuse services; these boundaries also cause queuing, and sometimes clients fall between systems when moving from one service or system to another.

In the other Nordic countries, substance abuse services have not been integrated with psychiatric services, even though there is some overlap. Finland is more institution-oriented in its mental health services than the other Nordic countries; there is a higher rate of compulsory treatment, and local

authorities do not provide as high a level of services. The responsibility for providing various basic mental health services and support services lies with local government, but psychiatric services are regional, being handled by five government-funded health care companies in Norway, by regional councils in Sweden and by five regions in Denmark. In the other Nordic countries, the development of mental health services is pursued in close contact with the political leadership and has its own allocation in the central government budget. The way in which substance abuse services are provided and recent trends in this area vary from one Nordic country to another, from local government responsibility in Sweden to Denmark's decentralised system spread over 98 municipalities and to the five public health care companies in Norway. Compulsory treatment for substance abuse is used much more in Sweden and Norway than in Finland. Experiences from the various Nordic countries show that regional decentralisation of the responsibility for providing services without a specific budget allocation or subsidies from central or regional government is disastrous, particularly from the point of view of substance abusers who are already socially excluded.

In spring 2009, the National Institute for Health and Welfare (THL) launched a publicity campaign for the plan and also conducted a webropol survey. Feedback on the plan has also been collected from articles in professional and organisation periodicals in 2009 and from a tour of municipalities undertaken by the management of the Institute. The feedback shows that the national plan for mental health and substance abuse work is already known fairly well. The proposals in the plan had been largely favourably received. It would seem that the plan was completed at a good time: the restructuring of local government and services provided a framework for broad-based development of mental health and substance abuse action and for reform of the service system. Joint development already seems to be in progress in several areas. Development of outpatient and basic services was considered important, and also the strengthening of the status of the patient. Criticism was voiced particularly regarding the weak presence of social work in the plan. Responses also showed concern about the threshold of access to treatment for substance abuse patients rising from its present level. The greatest uncertainty was prompted by the integration of specialist outpatient treatment and the transfer of psychiatric hospital care to general hospitals. It was frequently pointed out what a challenge integration is – not just in structural terms but also in terms of attitudes and expertise. Client-oriented development of the service system is a good foundation for joint development of mental health and substance abuse services, which in many municipalities have so far been separate functions.

During 2009, THL prepared its own implementation plan, engaged in debate on the national plan for mental health and substance abuse at several training events, joint meetings and projects, and updated the website set up for the national plan, www.thl.fi/mielijapaihde. The main responsibility for implementation of the plan lies with the Department of Mental Health and Substance Abuse Services in the Health and Social Services division of the Institute, but all of the Institute's divisions are contributing to it. The implementation plan includes dozens of Institute functions that incorporate aspects of the national plan for mental health and substance abuse, and it also identifies 2 or 3 spearhead projects in each of the four focus areas to be explored in the near future. Enhancing user expertise and peer support and developing psychiatric hospital care to increase patient/client security while reducing the number of coercive measures in psychiatric wards will improve the status of patients/clients. Strategic development and preventing the inheriting of mental health and substance abuse problems by the next generation are spearhead projects in preventive action. For the service system, the focus is on developing low-threshold basic services with mental health and substance abuse expertise while monitoring the development of the service system through research and registers. In control measures, the focus will be on improving the national plan website and on strengthening national, regional and local coordination in preventive mental health and substance abuse action. The Institute will also provide expert assistance in the preparation of legislation.

The National Development Programme for Social Welfare and Health Care (the Kaste programme) is of central importance to the development of mental health and substance abuse action. At the moment, mental health and substance abuse development projects are already in progress in four areas of the Kaste programme. Another important cooperation project in mental health and substance abuse action development is the *Toimiva terveystakeskus* (Functioning health centre) implementation plan.

The implementation tasks of the Ministry of Social Affairs and Health mainly involve legislative development and development through the steering group of the national plan for mental health and substance abuse work. The Health Care Act reform, social services legislation reform and development of legislation regarding compulsory treatment are key legislative projects that will have an impact on mental health and substance abuse action.

The field of development is broad, extending far beyond public services to the third sector. Cooperation with many other sectors besides the social welfare and health care sector is also needed. The people who are needed to contribute include mental health and substance abuse professionals, organisation managers, actors in public social services and health care as well as in NGOs and other third-sector organizations, and also parties which lie beyond the social welfare and health care sector but which have a significant impact on the wellbeing of citizens, such as education, culture and other leisure activities, business, and parties responsible for housing and living environments.

Keywords: mental health, mental health disorders, mental health services, mental health promotion, mental health rehabilitation, preventive mental health action, alcohol and drugs, preventive substance abuse action, substance abuse services, substance abuse problems, the national plan for mental health and substance abuse work

Sisällysluettelo

Lukijalle

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

1 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.....	15
2 Missä mennään mielenterveys- ja päihdeasioissa?.....	17
2.1 Epidemiologiaa.....	17
2.1.1 Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa.....	17
2.1.2 Päihteiden käytön epidemiologia Suomessa.....	19
2.2 Mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö.....	24
2.2.1 Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö.....	24
2.2.2 Ehkäisevä päihdetyö.....	27
2.2.3 Ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä päihdetyö – yhteistä ja erillistä.....	30
2.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	31
2.3.1 Mielenterveyspalvelut hoitopäätystietojen valossa.....	31
2.3.2 Päihdepalvelujärjestelmä.....	35
2.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen Pohjoismaissa.....	39
2.4.1 Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa.....	39
2.4.2 Päihdehuolto Pohjoismaissa.....	43
3 Miten suunnitelma on otettu vastaan?.....	48
3.1 Toimijakentälle suunnattu kysely toimeenpanosta keväällä 2009.....	48
3.2 Muuta palautetta.....	56
3.2.1 THL:n johdon kuntakierros keväällä ja kesällä 2009.....	56
3.2.2 Päihdebarometri.....	57
3.2.3 Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun.....	58
3.2.4 Suunnitelmasta käyty keskustelu järjestölehdissä.....	59
4 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano.....	62
4.1 Arviointia vuoden 2009 toiminnasta.....	62
4.2 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta toimeenpanoon.....	64
4.2.1 THL:n toimeenpanosuunnitelma.....	64
4.2.2 STM:n toimeenpanosuunnitelma.....	70
4.2.3 Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet.....	72
4.2.4 Toimiva terveyskeskus toimeenpano-ohjelma mielenterveys- ja päihdesuunnitelman täytäntöönpanossa.....	75
5 Pohdinta.....	78
Kirjoittajien ja toimituskunnan jäsenten esittely.....	80
Kirjallisuusviitteet.....	82
Liite 1.....	86

1 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) alkuvuodesta 2009 julkaisemassa kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetään STM:n asettaman asiantuntijatyöryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys. Mielenterveyshäiriöihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt, ja alkoholisairaudet ja -kuolemat ovat yleistyneet alkoholin kokonaiskulutuksen kasvun myötä. Mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat tällä hetkellä usein toisistaan erillään, vaikka mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on yleistynyt. Niin mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä, ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyötä kuin myös mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoitoa on tärkeä kehittää yhdessä.

Mieli 2009 -työryhmän valmistelemissa suunnitelmassa on kaikkiaan 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Ne jakautuvat neljälle painopistealueelle: asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävä sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostaminen sekä palvelujärjestelmän kehittäminen avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi ja mielenterveys- ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivammaksi. Suunnitelmassa esitetään myös suunnitelman toteuttamista tukevia ohjauskeinoja.

I Asiakkaan asemaa vahvistetaan

1. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisuutta niin palveluihin pääsystä kuin palveluiden saamisessa vahvistetaan. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulee suhtautua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin.
2. Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella sosiaali- ja terveyskeskuksen kautta.
3. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.
4. Tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset kootaan yhteen lakiin. Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon ottamisen yhteyteen kehitetään ulkopuolisen asiantuntijan arviointikäytäntö. Lisäksi toteutetaan valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma psykiatriassa sairaalahoidossa.
5. Kehitetään hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät päihde- ja mielenterveyspotilaiden omaehtoista hakeutumista ja sitoutumista hoitoon sekä edistävät työelämään paluuta kuntoutumisen edetessä.

II Panostetaan mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen

6. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi keskitytään kolmeen osa-alueeseen:
 1. Alkoholiverotusta korotetaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta.
 2. Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan ja kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään.
 3. Tunnistetaan ja ehkäistään mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen yli sukupolvien.
7. Kunnat tekevät mielenterveys- ja päihdetyön strategian ja sisällyttävät sen osaksi kuntastrategiaa. Ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan alueellisilla koordinaattoreilla.

III Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään avo- ja peruspalveluja painottavana, asiakkaan kannalta joustavasti toimivana kokonaisuutena

8. Kunnat koordinoivat julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi.

9. Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla mielenterveys- ja päihdetyön päivystyksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen vähenee. Erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoito yhdistetään. Psykiatrinen sairaalahoito siirretään pääsääntöisesti yleissairaaloiden yhteyteen.
10. Kuntien järjestämä lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö toteutetaan ensisijaisesti lasten ja nuorten arkisessa elinympäristössä, kuten kodissa, päivähoidossa tai koulussa. Mielenterveystyö ja päihdetyön erikoispalvelut tukevat tässä työssä peruspalveluja.
11. Työikäisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyä ja varhaista puuttumista edistetään työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksella ja Kelan korvauskäytäntöjä kehittämällä. Työterveys- huollon koordinaattioroolia työpaikan, muun terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä vahvistetaan.
12. Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien työttömien työkykyä uhkaaviin tekijöihin puututaan ajoissa. Työelämään pyrkivien työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevien kuntoutujien työllistymisedellytyksiä parannetaan.
13. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja.

IV Mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja kehitetään

14. Mielenterveystyön opetuksen minimisisällöt määritellään ja sisällytetään päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla kaikkiin peruskoulutuksen opetusohjelmiin.
15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kokoaa mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtii keskeisimpien suositusten päivittämisestä ja toteutumisen seurannasta. THL tukee mielenterveys- ja päihdetyön hyvien käytäntöjen toimeenpanoa muun muassa oppimisverkostotoiminnalla.
16. Kaikki hallinnonalat ottavat huomioon toimintansa ja päätöksensä vaikutuksen kansalaisten mielenterveyteen ja päihdeiden käyttöön. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelun ja kehittämisen valtakunnallista koordinaatiota yhdistetään.
17. Lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi ja kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan suunnattuja valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämiseen. Lisäksi tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä.
18. Sosiaali- ja terveysministeriö päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain sekä selvittää mahdollisuuden yhdistää mielenterveys- ja päihdehuoltolait.

STM antoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtäväksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta voidaan käyttää tässä raportissa myös ilmausta Mieli-suunnitelma. Mikäli raportissa viitataan toimeenpanosuunnitelmaan, siitä voidaan käyttää ilmausta Mieli-toimeenpanosuunnitelma.

2 Missä mennään mielenterveys- ja päihdeasioissa?

Luvussa tarkastellaan aluksi mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käytön sekä päihdeongelmien viimeaikaista esiintyvyyttä Suomessa. Tämän jälkeen kuvataan mielenterveyden edistämiseen, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn sekä ehkäisevään päihdetyöhön liittyvää työtä ja sen kehittämishaasteita Suomessa. Loppuosaa luvusta käsittelee sekä kotimaisia että laajemmin myös pohjoismaisia mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden järjestämistapoja sekä palveluiden kehittämiseen liittyviä haasteita.

2.1 Epidemiologiaa

2.1.1 Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa

Jaana Suvisaari

Kansanterveyden kannalta mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä. Ne ovat yleisiä sairauksia, jotka heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat fyysiset sairaudet (Saarni ym. 2007). Pahimmillaan ne johtavat pysyvään toimintakyvyn heikkenemiseen. Työkyvyttömyyseläkkeellä olijoista 44,5 prosentilla työkyvyttömyyden syynä oli mielenterveys- tai päihdehäiriö: vuonna 2008 näiden häiriöiden vuoksi oli eläkkeellä 116 482 suomalaista (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008). Seuraavassa kuvataan keskeisimpien mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyvyyttä ja taustatekijöitä Suomessa.

Mielialahäiriöt

Suomalaisen aikuisväestön terveydentilaa kartoittaneen Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan 6,5 prosenttia suomalaisista aikuisista on sairastanut masennusjakson viimeisen vuoden aikana. Masennusjaksot ovat yleisimpiä nuorilla aikuisilla ja tulevat iän myötä harvinaisemmiksi. Masennusjaksot ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Perhetilanne vaikuttaa masennusalttiuteen: masennusjaksot ovat yleisempiä eronneilla tai yksin asuvilla kuin naimisissa olevilla. Työttömillä on lähes kolminkertainen riski masennusjaksoihin työssä käyviin verrattuna. Viimeisen vuoden aikana sairastettu masennusjakso oli yleisempi Pohjois-Suomessa kuin muualla Suomessa. Kaamosmasennusoireilun esiintyvyydeksi arvioitiin noin 2,6 prosenttia, eikä sen esiintyvyydessä todettu alueellisia eroja. (Pirkola ym. 2005, Grimaldi ym. 2009.)

Terveys 2000-tutkimuksessa yli 80-vuotiaat osallistuiivat mielenterveyshaastatteluun muita harvemmin, ja haastatteluun on saattanut valikoitua keskimääräistä hyväkuntoisempia ihmisiä. Vantaan alueella toteutettiin 1990-luvun alussa 85 vuotta täyttäneiden terveyttä ja toimintakykyä huolellisesti kartoittanut tutkimus. Tämän tutkimuksen mukaan 85 vuotta täyttäneistä 5,6 prosenttia kärsi vakavasta masennuksesta. Heikko ruumiillinen terveys ja vähäinen yhteydenpito omaisiin ja ystäviin olivat tärkeimpiä vakavaa masennusta selittäviä tekijöitä. (Päivärinta ym. 1999.)

Jossain vaiheessa elämän aikana sairastettu masennusjakso on väestössä vielä selvästi yleisempi kuin viimeisen vuoden aikana sairastettu. Tätä on tutkittu nuorilla, 20–35-vuotiailla aikuisilla. Nuorista aikuisista 18 prosenttia oli sairastanut masennusjakson jossain elämänsä vaiheessa. Masennusjaksot olivat selvästi yleisempiä naisilla (24 %) kuin miehillä (11 %). (Suvisaari ym. 2009a.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on selvästi masennushäiriöitä harvinaisempi. Tyyppi I:n kaksisuuntaisen mielialahäiriön, johon kuuluu maanisia jaksoja, elämänaikainen esiintyvyys on alle puoli prosenttia (Perälä ym. 2007). Tyyppin II kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, johon kuuluu masennusjaksojen lisäksi hypomaanisia jaksoja, esiintyvyyttä ei tunneta. Kaksisuuntainen mielialahäiriö jää kuitenkin usein tunnistamatta jopa erikoissairaanhoidossa (Mantere ym. 2004).

Ahdistuneisuushäiriöt

Tavallisimpia ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt tuskaisuus. Masennushäiriöiden ja ahdistuneisuushäiriöiden samanaikainen esiintyvyys on tavallista. Pitkäkestoisien ahdistuneisuushäiriöiden elämänlaatuvaikutukset ovat yhtä suuria tai jopa suurempia kuin masennusjaksojen (Saarni ym. 2007). Terveys 2000 -tutkimuksessa viimeisen vuoden aikana ahdistuneisuushäiriöstä oli kärsinyt 4 prosenttia aikuisväestöstä. Ahdistuneisuushäiriöt ovat masennusjaksojen tapaan yleisempiä naisilla, eronneilla tai yksin asuvilla ja työttömillä kuin muulla väestöllä. Sen sijaan ikään liittyvä yhteys ei ollut yhtä selvä kuin masennusjaksoissa. (Pirkola ym. 2005.)

Jossain vaiheessa elämän aikana sairastettu ahdistuneisuushäiriö todettiin 13 prosentilla nuorista aikuisista. Ahdistuneisuushäiriöt olivat masennushäiriöiden tapaan yleisempiä naisilla (17 %) kuin miehillä (8 %). Nuorilla aikuisilla ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys on yhteydessä koulutustasoon: paremmin koulutetuilla niitä esiintyy vähemmän. (Suvisaari ym. 2009a.)

Päihdehäiriöt

Päihdehäiriöt ovat tavallisin mielenterveyshäiriöryhmä miehillä. Tavallisin päihdehäiriö on alkoholiriippuvuus, joka oli esiintynyt viimeisen vuoden aikana Terveys 2000 -tutkimuksessa 6,5 prosentilla miehistä ja 1,4 prosentilla naisista. Alkoholien väärinkäytön tai -riippuvuuden esiintyvyys koko aikuisväestössä viimeisen vuoden aikana oli 4 prosenttia. Päihdehäiriöt olivat selvästi yleisempiä nuorilla aikuisilla, eronneilla ja naimattomilla ja työttömillä. Muiden päihteiden kuin alkoholin käytön häiriöt olivat 2000-luvun alun Suomessa yli 30-vuotiailla harvinaisia. Päihdehäiriöt ovat yleisempiä pääkaupunkiseudulla kuin muualla Suomessa. (Pirkola ym. 2005.)

Jossain vaiheessa elämän aikana sairastettujen päihdehäiriöiden esiintyvyyttä on tutkittu nuorilla aikuisilla. Päihdehäiriöt olivat selvästi yleisempiä miehillä (21 %) kuin naisilla (7 %). Alkoholiriippuvuus tai -väärinkäyttö todettiin miehistä 20 ja naisista 6 prosentilla, jonkun muun päihteen väärinkäyttö tai riippuvuus miehistä 7 ja naisista 2 prosentilla. Siten alkoholin väärinkäyttö tai -riippuvuus on mukana lähes kaikissa päihdeongelmissa. Muista kuin alkoholin aiheuttamista päihdehäiriöistä tavallisin oli kannabiksen väärinkäyttö tai riippuvuus, joka todettiin miehistä 3 ja naisista 1 prosentilla. Nuorten aikuisten päihdehäiriöt ovat voimakkaasti yhteydessä työttömyyteen ja alhaiseen koulutustasoon. (Latvala ym. 2009, Suvisaari ym. 2009a.)

Psykoosit

Psykoosit ovat mielenterveyshäiriöistä vakavimpia. Niihin liittyy usein pysyvä toimintakyvyn heikentyminen. Psykooseihin sairastutaan yleensä nuoruusiässä ja varhaisaikuisuudessa. Suomessa psykoosien elämänaikainen esiintyvyys on 3,5 prosenttia (Perälä ym. 2007). Yleisin psykooseista on skitsofrenia, jonka elämänaikainen esiintyvyys on 1 prosentti (Perälä ym. 2007). Sairauden alkuvaiheessa psykoosien oirekuva on yleensä vaihteleva, ja diagnoosi tarkentuu vasta parin ensimmäisen sairausvuoden aikana. Lyhytkestoiset ja ohimenevät psykoosit ovat harvinaisia (Marneros ym. 2003); useimmille psykooseille on tyypillistä toistuvat sairausjaksot, joiden välillä toimintakyky kohenee ainakin osittain (Lauronen ym. 2005, Suvisaari ym. 2009b).

Psykoosien esiintyvyydessä on Suomessa selvä alueellinen ero. Psykoosit ovat yleisimpiä Pohjois- ja Itä-Suomessa ja harvinaisimpia Lounais-Suomessa. Ainoastaan mielialaoireisissa psykooseissa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja psykoosioireita sisältävissä masennusjaksoissa, ei ole havaittu tätä alueellista vaihtelua. Koska psykooseihin sairastutaan nuorena ja useimmat niistä vaikuttavat selvästi toimintakykyyn, ne yhdistyvät matalaan koulutustasoon, parisuhteen puuttumiseen ja alhaiseen tulotasoon muita mielenterveyshäiriöitä enemmän. Suurin osa psykoosia sairastavista on työelämän ulkopuolella, useimmiten eläkkeellä. (Perälä ym. 2008.)

Toisin kuin muissa mielenterveyshäiriöissä psykoosien esiintyvyydessä ei ole merkittäviä sukupuolieroja. Poikkeuksen muodostavat päihteiden käytön laukaisemat psykoosit, jotka ovat yleisempiä miehillä, ja skitsoaffektiivinen häiriö, joka on yleisempi naisilla. (Perälä ym. 2007.)

Psykoosit eivät kuitenkaan ole yhtenäinen sairausryhmä. Skitsofreniaan liittyy usein merkittäviä toimintakyvyn ja arkielämässä selviämisen vaikeuksia, sen sijaan mielialaoireisissa psykooseissa on tavallisempaa

toimintakyvyn palautuminen ennalleen sairausjaksojen välillä. Fyysiset terveysongelmat ovat tavallisia skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoreisia psykooseja sairastavilla, kun taas mielialaoreisiin psykooseihin niitä liittyy selvästi vähemmän. (Perälä ym. 2008, Suvisaari ym. 2007, Suvisaari ym. 2008, Viertiö ym. 2009.)

Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveysongelmia erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Tavallisimpia syömishäiriötä ovat laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Nuorilla naisilla laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on 2,2 prosenttia (Keski-Rahkonen ym. 2007) ja ahmimishäiriön esiintyvyys 2,3 prosenttia (Keski-Rahkonen ym. 2009). Nuorilla miehillä häiriöt ovat 10 kertaa harvinaisempia (Raevuori ym. 2009).

Keski-ikäisillä yleistyvä epätyypillisen syömishäiriön alamuoto on ahmintahäiriö (binge-eating disorder), johon kuuluu usein toistuvia ahmintajaksoja mutta ei käyttäytymistä, jolla ruoan lihottava vaikutus yritettäisiin välttää. Käytännössä ahmintahäiriö johtaa usein vaikeaan lihavuuteen. Tietoja ahmintahäiriön yleisyydestä Suomessa ei ole.

Lopuksi

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyssluvut Suomessa ovat yleisesti kansainvälistä keskitasoa muihin kehittyneisiin maihin verrattuna. Joitain poikkeuksiakin on. Huumausaineiden käyttöön liittyvät häiriöt ovat Suomessa tällä hetkellä vielä harvinaisempia kuin useimmissa maissa. Psykoosien esiintyvyys on kansainvälisesti korkea, mutta tämä saattaa selittyä sillä, että niitä on pystytty Suomessa tutkimaan tarkemmin kuin monissa muissa kansainvälisissä tutkimuksissa.

Pitkiä aikasarjoja mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä Suomessa ei ole. Kouluikäisten ja aikuisväestön masennusoireilussa ei näyttäisi olevan tapahtunut merkittäviä muutoksia (Luopa ym. 2008, Talala ym. 2009). Itsemurhakuolleisuus on vähentynyt Suomessa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana selvästi (Hiltunen ym. 2009), mutta tämä heijastanee enemmän häiriöiden hoidon tehostumista ja lääkehoidon muutoksia kuin mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden muutoksia. 2000-luvulla tapahtunut alkoholin kulutuksen lisääntymisestä on aiheutunut alkoholiin liittyvien kuolemien lisääntyminen, minkä taustalla epäilemättä on myös alkoholin väärinkäytön ja alkoholiriippuvuuden lisääntyminen.

Suuri osa mielenterveyshäiriöistä jää edelleen tunnistamatta, mikä on suuri haaste terveydenhuoltojärjestelmälle (Suvisaari ym. 2009a). Mitä vakavamman häiriöstä on kyse, sitä useampi on hoidon piirissä. Skitsofreniaa sairastavista suurella osalla on hoitokontakti ja lähes kaikki ovat olleet jossain elämänsä vaiheessa hoidon piirissä, mutta haasteena ovat hoidon keskeyttävät sekä hoidon kattavuus (Suvisaari ym. 2009b).

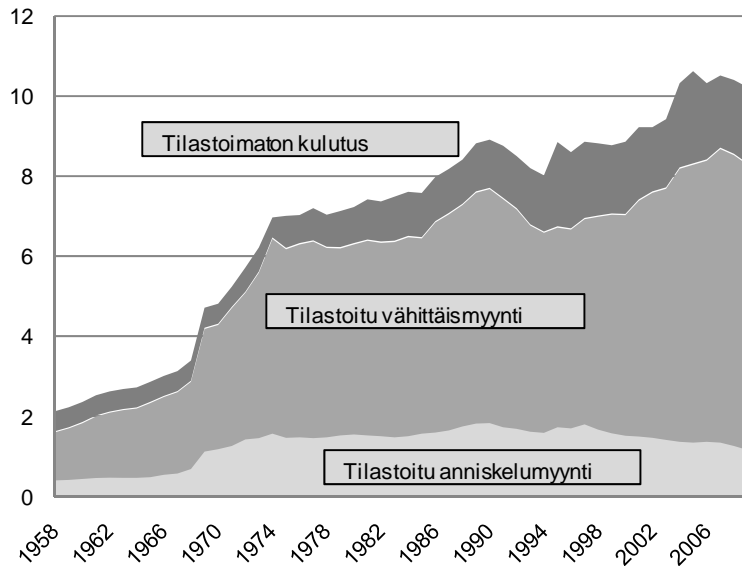
2.1.2 Päihteiden käytön epidemiologia Suomessa

Thomas Karlsson & Ari Virtanen

Alkoholinkulutus Suomessa

Suomessa oli vuonna 2009 Pohjoismaiden korkein alkoholinkulutus, 10,2 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohden, mikä kansainvälisessäkin mittakaavassa on korkea luku. Vuodesta 2008 vuoteen 2009 alkoholijuomien kokonaiskulutus oli kuitenkin vähentynyt lähes kaksi prosenttia, joskin vuosituhannen vaihteeseen verrattuna kokonaiskulutus oli vielä noin 15 prosenttia korkeammalla tasolla (kuvio 1).

Alkoholijuomien tilastoitu kulutus väheni vuonna 2009 2,5 prosentilla edellisestä vuodesta. Asukasta kohti alkoholia ostettiin Suomesta 8,3 litraa, eli noin 10 prosenttia enemmän kuin ennen vuoden 2004 veronalennuksia. Eniten alkoholia ostettiin elintarvikeliikkeistä, jotka vuonna 2009 myivät 44 prosenttia kaikesta Suomessa myydystä alkoholista. Alkon vähittäismyynnin osuus tilastoidusta kulutuksesta oli miltei yhtä suurta, 42 prosenttia, kun taas anniskelumyynnin osuus on laskenut koko Suomen EU-jäsenyyden aikana noin neljänneksestä vuonna 1995 14 prosenttiin vuonna 2009.



Lähde: THL

Kuvio 1. Alkoholijuomien kokonaiskulutus sataprosenttisena alkoholina vuosina 1958–2009

Tilastoimaton alkoholinkulutus, matkustajatuonti etunenässä, on tilastoidusta kulutuksesta poiketen ollut hienoisessa kasvussa. Kaiken kaikkiaan tilastoimattoman alkoholinkulutuksen osuus kokonaiskulutuksesta oli vajaa 19 prosenttia vuonna 2009.

Juomalajikohtaisessa kulutusrakenteessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. 1990-luvun puolivälin jälkeen asukasta kohti laskettu oluen kulutus on pysynyt melko vakaana keskioluen lisätessä suosiotaan. Viimeisen vuosikymmenen aikana keskioluen, viinien ja siidereiden kulutus on ollut kasvussa, kun taas vahvan oluen kulutusta hallitsee aleneva trendi. Väkevien alkoholijuomien kulutus oli hienoisessa nousussa jo ennen vuoden 2004 veroalennusta ja sitä seurannutta kulutuksen hypähdystä. Sen jälkeen väkevien alkoholijuomien kulutus on pysynyt suurin piirtein ennallaan.

Juomatavat

Vaikka alkoholijuomien lähes päivittäinen käyttö on vuosikymmenten saatossa yleistynyt, on se yhä harvinaista Suomessa. Valtaosa suomalaisten juomiskerroista osuu viikonloppuiltoihin, arkipäivisin alkoholia nautitaan perjantai- ja lauantai-iltoihin verrattuna harvoin.

Läheskään kaikki suomalaiset eivät juo alkoholia. Reilut 10 prosenttia 15–69-vuotiaista naisista ja miehistä ovat raittiita, eikä miesten ja naisten raittiudessa ole enää suurta eroa. Naisten osuus alkoholinkulutuksesta on tosin kasvanut viime vuosikymmeninä, mutta aivan viime aikoina naisten osuus on pysynyt suurin piirtein ennallaan. Nykyään naiset kuluttavat runsaan neljäsosan Suomessa juodusta alkoholista. Tosiasia on myös, että pieni osa väestöstä juo valtaosan kaikesta alkoholista. Eniten kuluttava kymmenys väestöstä juo noin puolet Suomessa kulutetusta alkoholista.

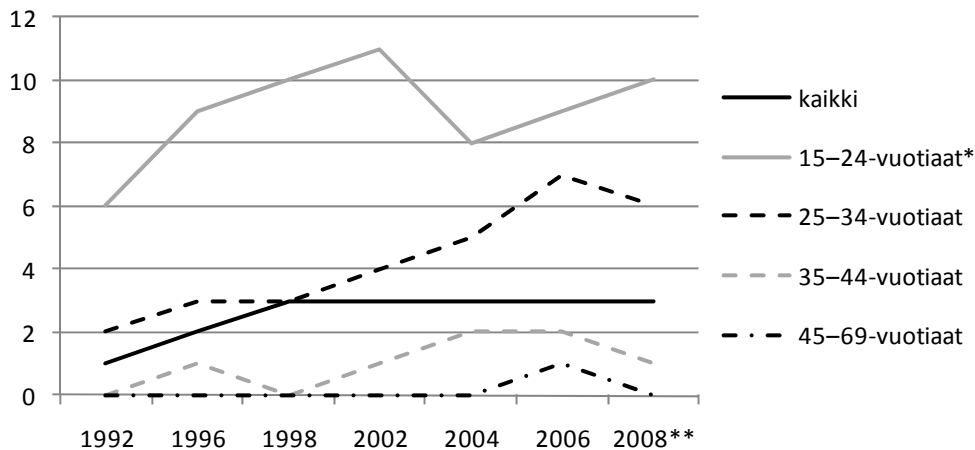
Viime vuosina ikääntyneiden alkoholinkulutuksesta on tullut julkisen keskustelun aihe. Eläkeikäisten alkoholinkäyttö on kuitenkin yleistynyt vähitellen ainakin 1980-luvun puolivälistä lähtien. Alkoholista käyttävien 65–84-vuotiaiden miesten osuus on lisääntynyt 68 prosentista vuodesta 1993 77 prosenttiin vuoteen 2007. Naisilla vastaavat osuudet ovat 37 ja 54 prosenttia. Myös eläkeikäisten nauttimat alkoholimäärät ovat kasvaneet.

Jos eläkeikäisten alkoholinkulutus on viime vuosikymmeninä ollut kasvussa, on nuorten raittiuden viimeisen vuosikymmenen aikana lisääntynyt ja humalajuominen vähentynyt. Selvimpänä nämä muutokset ovat olleet alaikäisillä, eli alle 18-vuotiailla. Eurooppalaisen koululaistutkimuksen (ESPAD) mukaan humalajuominen on vähentynyt maan kaikilla alueilla ja eri sosiaalisen taustan omaavilla nuorilla. Raittiuden li-

sääntyminen puolestaan on ollut voimakkaampaa Etelä-Suomessa ja korkeasti koulutettujen lapsilla. Vaikka alkoholiuomat halpenivat huomattavasti vuonna 2004, tämä ei pysäyttänyt suotuisaa kehitystä nuorten osalta.

Huumausaineiden käyttö

Kannabista joskus kokeilleiden osuus 15–69-vuotiaassa väestössä oli vuoden 2008 väestökyselyn ennakkotietojen mukaan 13 prosenttia. Taso oli lähes sama kuin kaikissa 2000-luvun kyselyissä ja kolme prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuonna 1998. Vuoden 2006 kyselyssä naisista kokeilleita on 12 prosenttia ja miehistä noin 16 prosenttia. Viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden osuus oli noin 3 prosenttia, mikä tarkoittaa noin 100 000 vuoden aikana kannabista kokeillutta henkilöä (kuvio 2).



* 18–24-vuotiaat (1992), 16–24-vuotiaat (1996).

** Vuonna 2008 tiedonkeruumenetelmä poikkesi edellisistä.

Lähde: Hakkarainen & Metso 2007, Metso 2009.

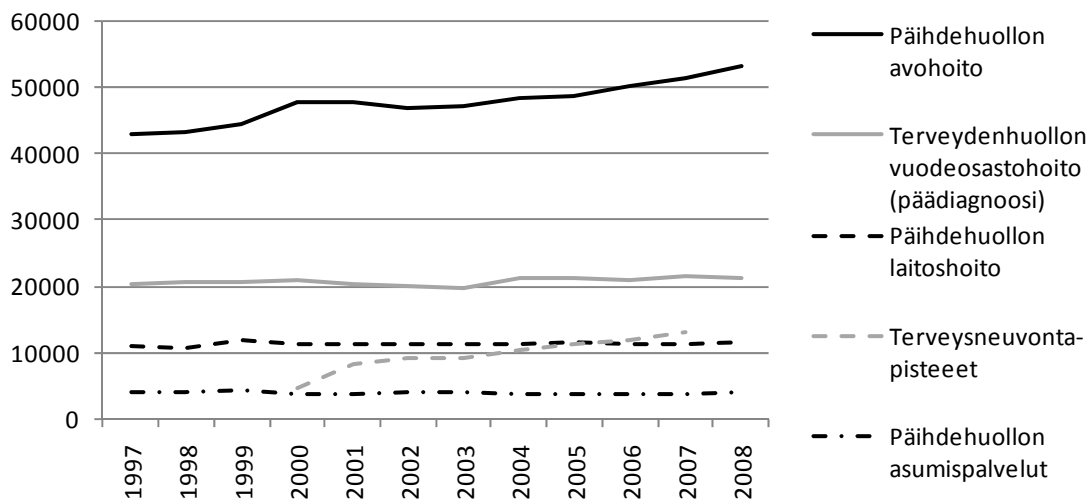
Kuvio 2. Kannabista viimeisen vuoden aikana kokeilleiden osuudet (%) ikäryhmittäin 1992–2008.

Nuorten keskuudessa huumausaineiden kokeilut ovat vähentyneet 2000-luvun lopussa. Vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista koululaisista 8 prosenttia oli kokeillut kannabista joskus elämänsä aikana. Vastaava luku oli 11 prosenttia vuonna 2003 ja 10 prosenttia vuonna 1999.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 14 500–19 100 vuonna 2005, mikä on 0,5–0,7 prosenttia maan 15–54-vuotiaasta väestöstä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä oli amfetamiinin käyttäjiä. Miesten osuus oli lähes 80 prosenttia. Eniten ongelmakäyttäjää oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä.

Päihdepalvelujen käyttö

Alkoholijuomien kulutuksen kasvu sekä huumeiden käytön lisääntyminen 1990-luvun lopulla on lisännyt päihdehuollon palvelujen käyttöä jonkin verran koko 2000-luvun (kuvio 3). Vuonna 2008 A-klinikoilla ja nuorisoasemilla kävi yhteensä 53 123 asiakasta. Katkaisuhuolto- ja kuntoutuslaitoksissa hoidettiin 11 725 asiakasta. Huumausaineiden pistoskäyttäjien terveysneuvontapalveluja käytti vuonna 2007 noin 13 000 asiakasta. Edelliseen vuoteen verrattuna A-klinikoiden ja nuorisoasemien asiakasmäärä kasvoi jonkin verran. Erityisesti terveysneuvontapalvelut ja niiden käyttö on lisääntynyt koko 2000-luvun ajan. Päihdehuollon asumispalveluissa ja ensisuojoissa oli vuonna 2008 yhteensä 6 163 asiakasta.



Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009.

Kuvio 3. Päihdepalvelujen käyttö (asiakkaiden määrä) vuosina 1997–2008.

Yhden päivän aikana sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintayksikössä asioineita päihteiden ongelmakäyttäjiä, tai henkilöitä, jotka hakivat apua päihtyneenä tai päihteiden kertakäyttöön liittyvän haitan vuoksi oli vuonna 2007 toteutetun päihdetapauskannan mukaan 12 000. Tämä merkitsee vuositasolla yhteensä noin 3,5 miljoonaa asiointia. Asiointeja todettiin lähes yhtä paljon päihde- ja terveydenhuollon avopalveluissa sekä terveydenhuollon vuodeosastoilla ja hieman vähemmän päihdehuollon laitoksissa.

Alkoholihaitat

Viime vuosina työiässä kuolleiden miesten ja naisten keskeiseksi kuolemansyynä on noussut alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Eri haitoista alkoholikuolemien määrä on kasvanut rajuin. Tämä koskee erityisesti maksasairauksista aiheutuneita kuolemia, jotka ovat miltei kaksinkertaisesti viidessä vuodessa.

Lisäksi on muistettava, että vain osa kaikista haitoista kohdistuu juojaan itseensä. Hänen lisäksi haitoista kärsivät lähiympäristö, muut sivulliset tai yhteiskunta laajemmin. Seuraavassa käydään läpi joitakin keskeisiä alkoholista johtuvia haittoja vuodelta 2008 sekä tarkastellaan miten ne rasittavat sosiaali- ja terveyspalveluja, sairaanhoitoa, pelastuslaitosta ja poliisitoimea, päihdehuollon erikoispalveluista puhumatta (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009):

- Alkoholisairauksien hoitajaksoja oli 26 000 (päädiagnoosi alkoholisairaus) ja hoitopäiviä yli 210 000.
- Yli 12 000:ssa vuonna 2008 voimassa olleessa työkyvyttömyyseläkkeessä oli diagnoosina alkoholisairaus.
- A-klinikoilla ja nuorisoseinillä käyntikertojen lukumäärä oli yhteensä 460 000.
- Katkaisuhoidon ja kuntoutuslaitoksissa hoitovuorokausia oli yhteensä 350 000.
- Asumispalvelut ja ensisuoajat tarjosivat palvelujaan 750 000 hoitovuorokauden edestä.
- Päihtyneiden säilöönnottoja tehtiin 94 000.
- Rattijuopumustapauksia oli miltei 26 000, joista yli puolet oli törkeitä. Kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista 27 prosentissa oli alkoholi osallisena.
- Pahoinpitelyjä tehtiin vajaa 35 000. Noin 70 prosenttia pahoinpitelyrikoksiin syyllisiksi epäillyistä on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena.
- Alkoholisairauteen tai alkoholimyrkytykseen kuolleita oli yli 3 000.

Lisäksi voidaan todeta, että vuoden 2007 päihdetapauskannan mukaan vain alkoholiehtoisia asiointeja sosiaali- ja terveystalveissa oli yhden päivän aikana 7 300, mikä vuositasolla tekee noin 2,1 miljoonaa asiointia (Nuorvala ym. 2008).

Huumausainehaitat

Vuonna 2007 toteutetun päihdetapauskannan mukaan joka neljäs asiointi liittyi myös huumausaineisiin. Huumausaineisiin liittyvää ongelmakäyttöä esiintyy noin 40 prosentilla päihdehuollon avo- ja laitospalvelujen käyttäjistä sekä 25 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja 20 prosentilla terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaista. Huumausaineita käyttävien naisten osuus päihdetapauskannan asiakaskunnasta oli noin 30 prosenttia avohoidossa ja 20 prosenttia laitoshoidossa. Huumausaineasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päihdeiden ongelmakäyttäjisiin verrattuna. Kun kaksi kolmesta alle 35-vuotiaasta päihdeiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta käytti myös huumausaineita, enää kolmannes 35–44-vuotiaista ja reilusti alle 10 prosenttia tätä vanhemmista asiakkaista käytti huumausaineita. Iän lisäksi huumausaineasiakkaat erosivat muista päihdeasiakkaista huono-osaisuuden ja mielenterveysongelmien osalta. Huumausaineiden käyttäjien asunnottomuus oli selvästi yleisempää kuin muilla asiakkailla ja yli puolella huumausaineita käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Huumetilanne Suomessa 2009.) Huumausaineiden ja lääkeaineiden ongelmakäytön vuoksi hoitoon hakeutuneiden tietoja kerätään hoitoyksiköiltä vapaaehtoisesti. Erityisesti asiakkaiden opiaattien käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla (taulukko 1). Sekä opiaattien että amfetamiinien käyttäjistä yli 80 prosenttia käytti ainetta pistämällä. Korvaushoidossa arvioitiin vuonna 2008 olevan 1300 henkilöä.

Taulukko 1. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde (%-osuus) vuosina 2000–2008.

	2000*	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Opiaatit	29	28	28	31	34	37	41	46	50
-heroiini	20	13	6	3	3	2	2	2	2
-buprenorfiini	7	12	20	24	27	29	31	33	34
Stimulantit	28	26	28	28	26	22	21	19	16
Kannabis	17	20	18	16	15	14	13	10	9
Alkoholi	18	19	20	19	18	19	17	17	18
Lääkkeet	5	6	5	6	6	7	7	7	7

*Ensimmäisenä tiedonkeruuvuotena ensisijainen ongelmapäihde puuttui 3 %:ssa tapauksista.

Lähde: Huumetilanne Suomessa 2009.

Seuraavassa käydään läpi joitakin keskeisiä huumausaineista johtuvia haittoja vuodelta 2008 sekä tarkastellaan miten ne rasittavat sosiaali- ja terveysalaa, sairaanhoitoa ja poliisitoimea (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009; Huumetilanne Suomessa 2009):

- Huumausaineiden ja lääkkeiden ongelmakäyttöön liittyvien sairauksien hoitajaksoja sairaaloissa oli vuonna 2008 yli 6 500 ja hoitopäiviä yli 37 000, joista huumausainesairauksien osuus oli yli kolmannes.
- Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1 144 vuonna 2008. Tartuntatapa oli ilmoitettu noin 55 prosentissa tapauksissa, joista neljällä viidestä tartuntatapana oli huumeiden pistoskäyttö.
- Yli 1 700:ssa vuonna 2008 voimassa olleessa työkyvyttömyyseläkkeessä oli diagnoosina huume-sairaus.
- Vuoden 2008 rattijuopumustapauksissa huumetapausten osuus oli 12 prosenttia, eli yhteensä 4 419, joista kahdessa kolmesta löydöksenä oli huumausaine (amfetamiinin osuus 63 prosenttia ja kannabiksen osuus 23 prosenttia).

- Poliisin ja tullin tietoon tuli vuonna 2008 yhteensä 15 482 huumausainerikosta, joista 9 832 oli huumausaineiden käyttör rikoksia ja 789 törkeitä huumausainerikoksia. Tehdyistä huumausainetakavarikoista 6 600 liittyi kannabikseen, 3 000 amfetamiineihin ja 850 buprenorfiiniin. Huumausainerikoksista epäiltiin yli 16 000 eri henkilöä, joista naisten osuus oli 16 prosenttia.
- Huumausainemyrkytykseen tai sairauteen kuolleita oli vuonna 2008 yhteensä 169 (joista puolet 15–34-vuotiaita ja naisia 30 prosenttia). Kaikkiaan huumausainelöydöksiä tehtiin ruumiinavauksissa 244 kuolleesta.

Johtopäätöksiä

2000-luvun aikana alkoholinkulutus on Suomessa noussut uudelle tasolle. Lisääntynyt alkoholinkulutus on näkynyt selvästi useiden akuuttien mutta myös kroonisten haittojen esiintyvyydessä. Tämä on lisännyt yhteiskunnalle aiheutuneita haittakustannuksia, ja vaikka rajoittavan alkoholipolitiikan painoarvo on viime vuosina ollut nousussa, alkoholihaitat ja niistä johtuvat kustannukset ovat yhä hyvin korkealla tasolla.

Meneillään oleva taantuma yhdessä väestön vähenevän ostovoiman kanssa voivat kuitenkin kääntää kehityksen suotuisampaan suuntaan. Lisääntyneet alkoholihaitat ovat viime vuosina tiukentaneet alkoholipoliittista mielipideilmastoa Suomessa, ja myös poliittiset päätöksentekijät ovat viime aikoina suhtautuneet myönteisemmin rajoituksiin. Alkoholien kokonaiskulutus onkin ollut hienoisessa laskussa sitten vuoden 2007 10,5 litran kulutushuipun.

Vuosien 2008 ja 2009 alkoholiveron korotukset ovat samalla todistaneet, ettei alkoholijuomien hintoihin vaikuttaminen suinkaan ole nykytilanteessa mahdotonta, eikä mikään estä alkoholijuomien saatavuuden rajoittamista, jos vain poliittista tahtoa siihen löytyy. Alkoholipolitiikan tiukempi haltuun ottaminen tilanteessa, jossa nuorten raittius lisääntyy ja rajoittavalle alkoholipolitiikalle näyttää taas olevan laajempaa kysyntää, voisi parhaimmassa tapauksessa kääntää alkoholiolojen yli vuosikymmenen jatkuneen kielteisen kehityksen.

Suomen huumetilanne paheni 1990-luvun puolivälistä alkaen lähes kaikkien mittarien mukaan, kuten huumekekeilut, ongelmakäyttö, terveyshaitat, sairaudet, kuolemat, rikollisuus, takavarikot. Sen sijaan 2000-luvun vaihteen jälkeen huumeiden käyttö ja käyttöön liittyvien haittojen kasvu tasaantuivat, ongelmakäytön kasvu muutama vuosi myöhemmin. Viime vuosina tilanne on ollut muilta osin vakaa, mutta huumausaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet.

2.2 Mielen terveyden edistäminen sekä ehkäisevä mielen terveys- ja päihdetyö

2.2.1 Edistävä ja ehkäisevä mielen terveyystyö

Esa Nordling

Mielen terveys on erottamaton osa terveyttä ja muodostaa siten perustan yksilön yleiselle hyvinvoinnille, kyvyille hallita elämää, tulkita ympäristöä sekä sopeutua siihen (Stengård ym. 2009a, 5). Mielen terveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkea toimintaa, jolla pyritään parantamaan väestön ja yksilön mielen terveyttä. Mielen terveyden edistämiseksi on keskeistä terveyslähtöinen (salutogeeninen) lähestymistapa. Vastakohtana voidaan pitää lääketieteelle perinteistä tautilähtöistä (patogeenista) näkökulmaa, jossa tutkitaan sairauksia ja niiden syitä. Käytännössä edistävä ja ehkäisevä mielen terveyystyö limittyvät toisiinsa niin, ettei ole tarkoituksenmukaista tehdä niiden välille jyrkkää eroa. Mielen terveyden edistäminen voidaan nähdä yläkäsitteenä, joka sisältää mielen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä mielen terveyshäiriöiden ja itsemurhien ehkäisy. Yhdessä ne muodostavat tärkeän ja läpileikkaavan osan mielen terveyystyön kokonaisuudesta, jonka muita osia ovat hoito ja kuntoutus. Mielen terveyden edistämisen ja ehkäisevän mielen terveystyön erottaminen on kuitenkin vakiintunut kielenkäyttöön.

Mielen terveyden edistämistoimien tavoitteena on vaikuttaa mielen terveyttä määrittäviin tekijöihin. Mielen terveys on erottamaton osa terveyttä, joten kaikessa terveyden edistämässä tulisi ottaa huomioon mielen terveyden edistäminen. Mielen terveyden ja terveyden synteesi ei kuitenkaan toteudu vielä tällä hetkellä käytännössä. Esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006)

mielenterveyden edistäminen on unohdettu lähestulkoon kokonaan. Kuitenkin tiedetään, että masennus ja monet muut mielenterveyden häiriöt ovat riskitekijöitä somaattisille sairauksille kuten diabetekselle ja sydänsairauksille. Mielenterveyden edistämällä edistetään kokonaisterveyttä ja se on monitasoinen prosessi. Yksilötasolla pyritään vahvistamaan yksilön voimavaroja, parantamaan arjessa ja kriisitilanteissa selviytymisen taitoja sekä tukemaan tervettä psykososiaalista kehitystä. Yhteisötasolla korostuvat esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla, yhdistyksissä ja asuinalueilla käytävät prosessit, joilla mahdollistetaan sosiaalisen verkostojen syntymistä, säilyttämistä ja vahvistamista sekä osallisuuden kokemuksia. Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden edistäminen näkyy ihmisoikeuksien, lainsäädännön, hyvinvointi- ja terveystieteiden ohjelmien sekä hyvinvointistrategioiden toteutumisen kautta.

Koska mielenterveyden edistäminen käsitteenä sisältää myös mielenterveyshäiriöiden ja itsemurhien ehkäisyn, on selvää, että mielenterveyden edistämistoimet voivat kohdistua myös riskiryhmien mielenterveysongelmien ehkäisyyn. Tällöin ehkäisevä toiminta voidaan ryhmitellä toimenpiteiden kohdentumisen mukaan seuraavasti:

- Universaali ehkäisy – kohdistuu koko väestöön.
- Valikoitu ehkäisy – kohdistuu yksilöihin ja väestöryhmään, jolla keskimääräistä suurempi riski sairastua mielenterveyden häiriöön.
- Kohdennettu ehkäisy – kohdistuu korkean riskin yksilöihin, joilla on jo havaittavia merkkejä tai oireita mielenterveyden häiriöistä, mutta jotka eivät täytä diagnostisia kriteereitä (Stengård ym. 2009a, 8).

Edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön vaikuttavista toimintamalleista on kertynyt paljon tietoa. Näyttöön perustuvia interventioita ovat esimerkiksi:

- Mielenterveyden ensiapukurssit
- Työttömille suunnatut vertaistukiryhmät
- Ikäihmisten yksinäisyyttä ehkäisevät ryhmät ja vapaaehtoistyö
- Kiusaamisen vähentämiseen tähtäävät yhteisöohjelmat
- Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen -toimintamalli nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisemiseksi.
- Toimiva lapsi&perhe -työmenetelmät perheen tukemiseksi, kun vanhemmalla on päihde- tai mielenterveysongelma tai jokin muu vakava sairaus
- Psykoedukaatiivinen työskentelyote mielenterveyspotilaiden omaisten jaksamisen tukemiseksi
- Oireenhallintaryhmät skitsofreniapotilaiden sairauden oireiden uusiutumisen ehkäisemiseksi.

Edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön kehittämisprosessi Suomessa on ollut hidasta. Pääpaino on ollut palveluiden ja rakenteiden kehittämisessä. Valtiontalouden tarkastusviraston kertomuksen (2009) mukaan päähuomio kiinnitetään edelleen häiriöiden hoitoon ehkäisyn kustannuksella. Vaikka mielenterveyslaissa korostetaan ennaltaehkäisyä, niin mielenterveyspalvelut kohdistuvat valtaosin käytännössä jo sairastuneisiin tai oirehtiviin. Informaatio-ohjauksen välineistä myös esimerkiksi suosituksien kehittäminen mielenterveyspalveluiden kehittämisestä (2000) ja laadusta (2004) sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden kehittämisestä (2007) ovat tukeneet kehittämistyön suuntaamista palveluiden kehittämiseen.

Itsemurhien ehkäisyhanke (1986–1996) lienee keskeisin ehkäisevään mielenterveystyöhön keskittynyt kehittämisprosessi Suomessa. Suomalaisen mielenterveystyön kehityskulkua suhteessa yhteiskunnallisiin muutoksiin ja tärkeimpiä saavutuksia ovat kuvanneet esimerkiksi Eskola ja Karila (2007).

2000-luvulla edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö on saanut Suomessa aikaisempaa suuremman painoarvon. Sitä on kehitetty Suomessa pääasiassa eri hankkeiden avulla. Tulosten kannalta ongelmallista on ollut se, että hankkeet ovat olleet suppeita ja lyhytikäisiä, jolloin todellisten muutosten aikaansaaminen väestön mielenterveydessä on ollut vaikeaa. Tilannetta yritettiin korjata perustamalla vuonna 2005 kolme suurta mielenterveys- ja päihdetyön kärkihanketta, jotka olivat Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjohanke ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke. Näiden hankkeiden avulla vahvistettiin edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa kuntien suunnitelmissa ja strategioissa ja otettiin käyttöön myös edistävän ja ehkäisevän työn, hoidon ja kuntoutuksen sekä työhyvinvoinnin hyviä käytäntöjä ja menetelmiä (Kuosmanen ym. toim. 2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjel-

man (Kaste 2008–2011) tavoitteet koskevat erityisesti väestön osallisuuden vahvistamista ja syrjäytymisen vähentämistä sekä hyvinvoinnin ja terveyden lisäämistä. Laaja-alaisiin Kaste-hankkeisiin sisältyy myös osahankkeita, joissa edistävää ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä pyritään voimallisesti kehittämään. Mielenterveys- ja päihdetyön laajoja Kaste-kehittämishankkeita ovat Väli-Suomen Välittäjä-hanke, Pohjois-Suomen Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hanke, Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke sekä Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke (katso tarkemmin artikkeli Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet).

Sosiaali- ja terveyspolitiikassa on jo pitkään korostettu, että myös muiden hallinnonalojen toimenpiteillä on vaikutuksia kansalaisten mielenterveyteen (Valtiontalouden tarkastusviraston kertomus 2009). Mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn suunnittelu ja osin toteuttaminen tulee tapahtua kunnassa usealla hallinnonalalla, sillä mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat hyvin moninaisia. Kunnissa mielenterveystyön tulee perustua suunnitelmalliseen kehittämiseen, mikä ei ole mahdollista ilman selkeää kuvaa väestön mielenterveyden tilanteesta ja muutostarpeista (Nordling & Savolainen 2009, 199).

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) mukaan kunnalla pitää olla hyvinvointipoliittinen ohjelma, minkä osana on mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Edistävän ja ehkäisevän mielenterveystyön tavoitteet tulee sisällyttää kokonaissuunnitelmaan. Ehkäisevän työn osalta pidetään tärkeänä, että on olemassa kunnallinen tai alueellinen vastuuryhmä. Lisäksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelma edellyttää, että ehkäisevän ja edistävän mielenterveys- ja päihdetyön asemaa vahvistetaan nimeämällä vähintään yksi työntekijä koordinoimaan työtä laajan väestöpohjan alueella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Vuoden 2008 tilannetta kuvaavan kaikkia terveyskeskuksia koskevan kyselyn mukaan 71 prosentissa terveyskeskuksista oli johtoryhmä tai keskijohto osallistunut mielenterveystyön strategian tai ohjelman valmisteluun valtuustokauden aikana. Saman kyselyn mukaan 41 prosentilla terveyskeskuksista oli voimassa oleva mielenterveystyön kokonaissuunnitelma, joka sisälsi myös ehkäisevän mielenterveystyön osuuden. Tilanne oli muuttunut myönteiseen suuntaan, koska vuonna 2001 vastaava määrä oli 10 prosenttia (Nordling & Savolainen 2009, 203–204). Terveyskeskuskyselyn mukaan ehkäisevän mielenterveystyön vastuu kunnissa on lähes yhtä usein yksittäisen henkilön ja työryhmän vastuulla. Merkittävää on kuitenkin se, että 59 prosenttia kunnista on sellaisia, joissa vastuutahoa ei ole määritelty. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ehkäisevä mielenterveystyö perusterveydenhuollossa on useimmiten toissijaista toimintaa, eikä siihen ole vastuullisesti panostettu (Nordling & Savolainen 2009, 204–208).

Keskeisimpiä mielenterveystyön haasteita tällä hetkellä ovat liiallisen psyykkisen stressin ja masennuksen ehkäisy. Masennuksen ehkäisyllä voidaan vaikuttaa myös itsemurhakuolemiin (Nordling & Savolainen 2009, 200–201). Nämä ongelmat koskevat erityisesti työikäistä väestöä, mutta myös lapsilla, nuorilla ja ikäihmisillä on näitä ongelmia. Koska masennus on pitkään jatkuessaan toiminta- ja työkyvyn laskuun johtava sairaus ja helposti uusiutuva, niin masennuksen ehkäisyn kannalta on tärkeää oireiden ja riskitekijöiden varhainen tunnistaminen. Se edellyttää paitsi terveydenhuollon henkilöstön parempaa valmiutta tunnistaa masennus, niin myös hoitoon hakeutumisen ja pääsemisen kynnyksen madaltamista. Masennuksen tunnistamiseen liittyviä seulontamenetelmiä on sovellettu erityisesti Pohjanmaa-hankkeen Masennustalkoiden ja Vantaan Sateenvarjo-projektin kautta. Työterveyshuollon roolia masennuksen ehkäisyssä ja hoidossa on pyritty tehostamaan Masto-hankkeen avulla. Monissa terveyskeskuksissa tai -asemilla on otettu käyttöön depressiohoitajamalli. Terveyskeskuskyselyn mukaan 78 prosentilla terveyskeskuksista oli depressiohoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja ja 61 prosentilla terveyskeskuksista oli yhtenäinen kirjattu käytäntö masennuksen tunnistamiseksi. Lisäksi 41 prosentissa terveyskeskuksista oli johtoryhmän tai luottamusmiesshallinnon hyväksymä masennuksen ehkäisyyn liittyvä toimeenpanosuunnitelma (Nordling & Savolainen 2009, 204–206).

Valtakunnallisissa sosiaali- ja terveyspoliittisissa ohjelmissa ollaan oltu huolissaan nuorten syrjäytymiskehityksestä. Erityisesti nuoret miehet nuoriin naisiin verrattuna ovat heikommassa asemassa sosiaalisten ongelmien, terveystottumusten ja varhaisen kuolleisuuden suhteen. On havaittu, että nuorten miesten ongelmat ovat usein kasautuvia ja ongelmakehitys voi alkaa jo varhain (Stengård ym. 2009b, 1453). Nuorten hyvinvoinnin edistäminen ja psykososiaalisten ongelmien ehkäisy edellyttää kokonaisvaltaista, ylisektoriaalista työtettä, mikä käytännössä on ollut vaikeaa, mutta ei mahdotonta. Esimerkiksi Time Out! Aikalisa!

Elämä raiteilleen -toimintamallissa on kokonaisvaltaisella työotteella saatu hyviä tuloksia. Vaikuttavaksi todettu toimintamalli on käytössä tällä hetkellä yli sadassa kunnassa ja sen avulla tavoitetaan noin 60 prosenttia kutsuntaikäisten miesten ikäluokasta (Stengård ym. 2009b).

Lapset ja nuoret, joilla on alttius vanhempiansa mielenterveys- tai päihdeongelmien vuoksi sairastua psyykkisesti tai ajautua päihteiden käyttäjiksi, muodostavat ehkäisevässä työssä erityisen riskiryhmän. Tämän ryhmän huomioon ottaminen on perusteltua myös mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisyn kannalta (Nordling & Savolainen 2009, 200-201). Toimiva lapsi&perhe -menetelmät ovat osoittautuneet tehokkaiksi ehkäisevän työn menetelmiksi auttaa perheitä, joissa edellä mainitut riskitekijät ovat olemassa (Solantaus 2007).

Väestön ikääntyessä myös edistävässä ja ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä on ennakoitava ikäihmisten psyykkisiin ongelmiin ja päihteiden käyttöön liittyvä riskikehitys. Tällä hetkellä on jo nähtävissä merkkejä negatiivisesta kehityssuunnasta (Viljanen 2010). Ikäihmisiin suunnattu edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö on maassamme heikosti toteutuva työnsarka, johon on panostettava lähitulevaisuudessa.

2.2.2 Ehkäisevä päihdetyö

Leena Warsell

Päihdehuoltolain (1986/41) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Ehkäisevällä päihdetyöllä tarkoitetaan monialaista yhteistyömallia, jolla edistetään ja vahvistetaan päihteettömyyttä, otetaan haltuun päihdehaittojen ehkäisy sekä tunnistetaan päihdeongelmat riittävän varhaisessa vaiheessa.

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistämällä päihdeettömiä elintapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä päihdeilmion ymmärrystä ja hallintaa. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vähentämään niin päihteiden kysyntää, saatavuutta kuin tarjontaa sekä erilaisia päihdehaittoja. (Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, 2006.)

Ehkäisevä päihdetyö ei ole vain sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän sisällä tapahtuvaa, vaan sen toteuttamisen ja vaikuttavuuden edellytykset luodaan koko yhteiskunnan tasolla. Työ ei ole vain riskien ehkäisyä tai riskiryhmille suunnattuja ehkäisytoimia, vaan päihdetyön pohjaksi tarvitaan myös julkista sääntelyä. Sillä tarkoitetaan päihteitä, niiden laillisuutta ja laittomuutta sekä niiden käyttöä koskevia säädöksiä ja toimeenpanoa. Ehkäisevällä päihdetyöllä on myös eettisiä velvoitteita: sen on oltava moniarvoista ja moraalisesti neutraalia.

Määrätietoinen päihdepolitiikka, päätöksenteko tai informaatio-ohjaus eivät yksistään pysty vähentämään päihdehaittoja, vaan kulttuuriseen muutostyöhön tarvitaan "koko kylää", aloitteellisia ja aktiivisia pienyhteisöjä, kansalaisia ja vastuullista mediaa. Yksilötasolla kansalaisilla, kuluttajilla, on oikeus saada totuudenmukaista tietoa päihteistä ja niiden käytön vaikutuksesta sekä omaan että läheistensä terveyteen ja hyvinvointiin täysin riippumatta siitä, näkyykö tämä tieto välittömänä käyttäytymisen muutoksina.

Päihdehaittojen vähentämisen menetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta on saatu viimeisten vuosien aikana paljon uutta tietoa. Tuoreessa julkaisussa *Alcohol – no ordinary commodity* (Babor ym. 2010) alkoholitutkijat arvioivat alkoholihaittojen vähentämisen menetelmiä. Kansainvälinen tutkimusnäyttö osoittaa, että alkoholijuomien hintojen nostaminen vähentää sekä alkoholin kulutusta että alkoholihaittoja, kuten kuolleisuutta, rikollisuutta ja liikenneonnettomuuksia. Hinnan vaikutukset koskevat kaikkia kuluttajaryhmiä, niin nuoria kuin suur- ja ongelmakuluttajiaakin eli ryhmiä, jotka usein ovat poliittisten päättäjien erityisen huolen kohteena.

Alkoholin kulutus ja alkoholi-ongelmat lisääntyvät, kun alkoholin saatavuus kasvaa kaupallisten tai sosiaalisten lähteiden lisääntyessä. Vähittäismyynnin rajoittamisesta on saatu parasta näyttöä myyntipäivien ja tuntien sekä myyntipisteiden vähentämisellä. Nuorten alkoholinkäyttöä rajoittaa tehokkaasti laillinen ostokäraja ja sen valvonta. Ostokärajoilla on vaikutusta myös liikenneonnettomuuksiin ja muihin henkilövahinkoja aiheuttaviin tapahtumiin. Osittaiset saatavuuden rajoitukset ovat toimiviksi osoitettuja keinoja.

Alkoholin jakelun pitäminen valtion monopolina antaa parhaat edellytykset vähentää kulutusta ja haittoja. (mt.)

Juomisympäristöön vaikuttamisella tarkoitetaan interventioita, joilla pyritään vähentämään juomistilanteiden haitallisuutta. Näitä ovat muun muassa vastuullisen anniskelun koulutus. Koulutuksesta yksittäisenä keinona on ristiriitaista näyttöä, mutta yhdistettynä tehokkaaseen valvontaan ja sanktioihin sillä on vaikutusta. Liikennejuopumuksen ehkäisykeinoilla voidaan saada aikaan pitkäaikaisia väestötasoisia parannuksia. Nuorten altistuminen alkoholin markkinoinnille aikaistaa käytön aloittamista ja lisää niiden nuorten alkoholinkäyttöä, jotka jo juovat. (mt.)

Kaikkein yleisimpiä ja suosituimpia menetelmiä ovat edelleen kasvatus ja valistus, muun muassa koulujen päihdeohjelmat ja mediakampanjat. Verrattuna muihin alkoholihaittojen vähentämismenetelmiin, valistus- ja kasvatusohjelmat ovat kalliita eikä niillä näyttäisi olevan pitkäaikaista vaikutusta alkoholin käyttöön ja haittoihin (mt.). Hyödyllisintä tuntuu olevan vaikuttaminen yleiseen kulttuuri- ja keskusteluilmaperiin yksilöille suunnatun valistuksen sijaan, jonka aikaansaama mahdollisesti tapahtuvaa kulttuurista muutosta tulisivat tutkia soveltamalla joukkoviestinnän teorioita eikä tutkimalla nopeita käyttäytymismuutoksia kvantitatiivisin keinoin (Piispa ym. 2008).

Viime vuosina on saatu vahvaa kansainvälistä näyttöä siitä, että tehokkain lähestymistapa on yhdistää sekä kysynnän että tarjonnan vähentäminen yhteisötason monialaiseksi päihdetyöksi. Tällaisessa työssä myös ne suostuttelun ja valistuksen keinot, joilla yksistään ei näyttäisi olevan vaikutusta päihdehaittoihin, ovat osoittautuneet hyödyllisiksi. (Holmila 1997 & 2003; Holmila ym. 2009.)

Maassa harjoitettava hyvinvointipolitiikka säätelee omalta osaltaan myös päihdehaittojen ja mielenterveysongelmien syntymistä, niiden laatua ja määrää. Mikäli tuloerot kasvavat ja niiden myötä yhä useampi kansalainen syrjäytyy, lisää se pahoinvointia, mielenterveysongelmia ja päihdehaittoja. Perheiden ahdinko näkyy sekä mielenterveys- että päihdeongelmina ja sitä kautta esimerkiksi lisääntyneenä lastensuojelun tarpeena.

Viimeaikainen yleinen yhteiskunnallinen kehitys ei ole tukenut kaikin puolin hyvinvoinnin edistymistä: päihde- ja mielenterveysongelmien lisääntyminen ja niiden paheneminen ovat osa sitä hintaa, mikä seuraa hyvinvointipolitiikan tietoisesta murentamisesta.

Valtion päihdepolitiikka on alkanut linjata ja tukea päihdehaittojen ehkäisytyötä aiempaa selkeämmin. Vuoden 2004 rajut veronalennukset mitätöivät alkoholihaittojen vähentämistyön lähes kokonaan (Alkoholiohjelman 2004–2007 arviointiraportti 2008). Sekä alkoholi- että huume-politiikkaa säädellään erillisillä valtioneuvoston periaatepäätöksillä (STM 2003, 2007). Ne linjaavat huume-strategiaa ja sen toimeenpano-ohjelmaa että käynnissä olevaa alkoholihaittojen vähentämistä tavoittelevaa ohjelmaa (Alkoholiohjelma 2008-2011).

Vuoden 2004 voimakkaan alkoholiveron laskun jälkeen hallitus on uudelleen korottanut alkoholiveroja. Pelkästään päihdehaittojen selkeä kasvu ei vielä saanut aikaan korotuspäätöstä, mutta yhdessä heikentyneen taloustilanteen kanssa alkoholiveroa korotettiin kahteen otteeseen kymmenellä prosentilla vuosina 2009 ja 2010. Korotukset ovat kuitenkin pieniä eikä näiden spesifejä vaikutuksia pystytä määrittämään ainakaan tässä vaiheessa. Vuoden 2009 ennakkotietojen mukaan alkoholijuomien tilastoitu kulutus vähentyi 2,5 prosentilla edellisestä vuodesta. Se oli asukasta kohti 8,3 litraa (runsaat 44 miljoonaa litraa 100-prosenttista alkoholia). Tilastoitu kulutus oli vielä lähes 10 prosenttia korkeampi kuin vuonna 2003, mutta selvästi alhaisempi kuin vuosina 2005–2008.

Ennakkotietojen mukaan haittojen kasvu näyttäisi hidastuneen. Poliisin kotihälytysten määrä väheni 2,6 prosenttia, poliisin tietoon tulleiden pahoinpitelyrikosten kokonaismäärä yli viisi prosenttia, ja törkeät pahoinpitelyt lähes seitsemän prosenttia. Rattijuopumustapauksia oli kymmenen prosenttia aiempaa vähemmän. Päihtymyksen takia säilöön otettujen määrä väheni noin seitsemän prosenttia.

Pahoinpitelyrikosten määrä oli edelleen vuonna 2009 korkeammalla tasolla kuin vuonna 2003. Sen sijaan törkeiden rattijuopumusten ja päihtyneenä säilöön otettujen määrät olivat vähentyneet vuoteen 2003 verrattuna. Vuonna 2008 alkoholin käytön seurauksena kuoli 3 119 henkeä, mikä oli suunnilleen sama määrä kuin edellisenä vuonna. Alkoholisairauksiin tai -myrkytykseen kuoli vuonna 2009 yli 600 henkeä enemmän kuin vuonna 2003. Tapaturmaan tai väkivaltaan päihtyneenä kuolleiden määrä kasvoi vuonna 2008 lähes viidellä prosentilla. Alkoholisairauksien hoitajaksot vähenivät vuodesta 2007 yli kaksi prosent-

tia. Sairaaloissa kirjattiin 26 157 hoitojaksoa, joissa alkoholisairaus oli päädiagnoosina, mikä on noin kahdeksan prosenttia enemmän kuin vuonna 2003. (Valvira 2009; Alkoholin kulutus 2009 – Alkoholkonsumtion 2009.)

Huumausainepolitiikan onnistumista arvioidaan vuosittain Huumausainepolitiikan kertomuksessa. Viimeisin on vuodelta 2008 (STM:n selvityksiä 2009:21). Sen mukaan "suomalaisen huumausainepolitiikka on ollut tuloksellista kansainvälisessä vertailussa. Suomessa keinoja on pystytty laajentamaan liittyen viranomaisten pitkään jatkuneeseen tiiviiseen yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen järjestökentän kanssa. Lisäksi on pystytty toteuttamaan tehokkaita haittojen vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä, kuten matalan kynnyksen terveysneuvontapalveluja, ilman että on samanaikaisesti jouduttu luopumaan rajoittavasta huumausainepolitiikasta".

Päihdeäitien lasten määrä on nousussa. On arvioitu että, noin kuusi prosenttia raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia ja joka vuosi syntyy noin 3000 päihteille altistunutta sikiötä. Näistä arvioidaan usealla sadalla – jopa 600:lla – olevan sikiöaikaiseen alkoholialtistukseen liittyviä oireita. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä selvitti 2009 raskaana olevien naisten hoidon varmistamista ja päätyi suosittamaan muun muassa tahdosta riippumatonta hoitoa (Raskaana olevien... 2009).

Alkoholihaittojen vähentämistä on kehitetty ja arvioitu Paikallisen alkoholipolitiikan hankkeessa (Pakka) vuosina 2004–2007. Hanke perustui laajaan yhteistyöhön paikallisten viranomaisten, ravintoloiden ja vähittäiskaupan kanssa. Siinä aktiivisia toimijoita olivat myös nuoret ja heidän vanhempansa, median edustajat, vapaaehtoistoimijat sekä välillisesti myös kaikki kokeiluseutujen (Jyväskylän seutu, Hämeenlinnan seutu) asukkaat. Hanke on arvioitu ja sen kokemuksia sovelletaan eri puolilla maata (Holmila ym. 2009).

Alkoholiohjelma 2008–2011 (2008) toimii Terveyden edistämisen politiikkaohjelman alaisuudessa ja on osa Kaste-ohjelmaa. Ohjelmassa on julkaistu ehkäisevän työn tueksi sekä uutta maksutonta aineistoa että päivitetty aiemman ohjelman tuottamaa materiaalia. Se on järjestänyt erilaisia koulutuksia kentän toimijoille: nuorisotalon toimijoille (Preventiimi), yhteistyössä Helsingin kaupungin kanssa (alkoholiasioiden puheeksi otto sosiaalitoimessa) sekä levittänyt Toimiva lapsi ja perhe -konseptia alkoholiohjelman kumppaneille sekä perehdyttänyt kuntien edustajia avainpäihdeindikaattoreiden ja Sotkanetin hyödyntämiseen.

Alkoholiohjelmassa on jatkettu aiemmin VAMP-hankkeeseen liittyntä mini-intervention juurruttamista terveydenhuollon peruspalveluihin yhteistyössä Työterveyslaitoksen kanssa. Mini-interventiosta annettiin oma hoitosuositus 2006 nimellä Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio. Syksyllä 2008 tehdyn terveyskeskuskyselyn mukaan mini-interventio on terveyskeskuksissa tunnettu menetelmä ja se on laajalti myös käytössä. Pahimmat puutteet ovat menetelmän systemaattisessa seurannassa (Warsell 2009). Alkoholiohjelmalla on viisi alueellista koordinaattoria, joiden avulla ohjelmaa keskitetään valtakunnan sijasta alueille. THL:n nettisivuilla on laaja Neuvoa-antavat -sivusto, joka palvelee pääasiassa alan ammattilaisia ja ammatillista kehittämistyötä.

Alkoholiohjelmasta tehtiin syksyllä 2009 väliarviointi. Sen mukaan "ohjelman koordinaatiomalli on selkeä ja tehokas toimintatapa, jossa muutaman ihmisen voimin kyetään merkittävästi tukemaan alueellista toimintaa. Koordinaattorit tukevat ja innostavat toimijoita, välittävät tietoa eri tahojen kesken, järjestävät koulutusta ja välittävät materiaalia vaikuttavista työmenetelmistä ja ovat merkittävässä roolissa kumppanuussopimukseen liittyvien kunnallisten strategioiden eteenpäinviemisessä. Alueelliset toimijat ovat erittäin tyytyväisiä koordinaattoreihin". (Pihkala-Kiijärvi 2010.)

Pohjanmaa-hankkeen kanssa on tehty yhteistyötä strategiaosaamisen vahvistamiseksi. Hankkeesta valmistui kuntien strategiatyön tueksi opas Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa (Laitila & Järvinen 2009). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut myös Ehkäisevä mielenterveys-työ kunnissa -oppaan, jossa kuvataan vaihe vaiheelta mielenterveystyön strategisen suunnittelun prosessia (Stengård ym. 2009).

Huumespesifi työ keskittyy yleisen huumevalistuksen ohella entistä selkeämmin huumehaittojen vähentämiseen (harm reduction), josta esimerkkinä on eri puolilla maata perustettujen huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteiden toiminta, jotka monilla paikkakunnilla on nimetty Vinkeiksi. Niiden ansioista ruis-kuhuumeiden käyttäjien tartuntatautiriskiä ja erityisesti hiv-infektion leviämistä on pystytty rajaamaan. (Arponen ym. 2008.)

Sekä järjestöjen että valtion toimijat ovat hyödyntäneet ehkäisevässä työssä sähköisiä medioita: parhailaan on käynnissä useita hankkeita, joissa päätavoitteena on asiakkaiden nettipohjainen neuvonta ja ohjaus. Vanhin näistä on A-klinikkasäätiön Päihdelinkki (katso tarkemmin www.paihdelinkki.fi), josta tavallinen kansalainen saa päihdeinfoa. Mannerheimin Lastensuojeluliiton (katso tarkemmin www.mll.fi) verkkosivuilla ohjataan ja neuvotaan vanhempia (Vanhempainnetti) sekä nuoria (Nuorten netti). Myös kännykät on otettu neuvonnan tueksi: Helsingin sosiaaliviraston ja A-klinikkasäätiön yhteinen hanke on Voimapiiri (katso tarkemmin www.voimapiiri.fi), johon liittymällä henkilö saa kännykkään tukea lopettamiselle (Alkoholin Lopettajat AL) tai vähentämiselle (Alkoholin Vähentäjät AV).

Myös alkoholialan teolliset toimijat ovat omassa markkinoinnissaan innostuneet hyödyntämään vastuullisen tiedotuksen ja valistuksen konseptia. Panimoliitto organisoii kalliin ja näyttävän mediakampanjan Kännissä olet ääliö 2006–2007 ja Alko Oy vähittäismyynnin monopolina herätteli lasten vanhempia kampanjallaan Viisas vanhemmuus 2007–2009. Molemmat kampanjat on arvioitu (Piispa ym. 2008, Piispa 2010).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tukee ja edesauttaa hyvien käytäntöjen tunnistamista, arviointia, kuvaamista ja soveltamista sosiaali- ja terveysalan työyhteisöissä. Työskentely tapahtuu aihealueittaisten oppimisverkostojen kautta (katso tarkemmin www.hyvakaytanto.fi). Toiminta pohjautuu Hyvät käytännöt -ohjelmaan (2004–2007), jonka tarkoituksena oli kehittää pysyvä rakenne sosiaalityötä ja sosiaalipalveluja koskevan tiedon kokoamiselle ja levittämiselle. Vuoden 2008 alusta toiminta on laajentunut ja koskee nyt sosiaalialan lisäksi myös terveysalaa. Sitä koordinoi THL:n Innovaatiot ja hyvät käytännöt -yksikkö FinSoc. Työskentelyn tavoitteena on edistää uuden tiedon ja osaamisen syntymistä ja leviämistä tukemalla hyvien käytäntöjen tunnistamista ja kuvaamista, luomalla ja ylläpitämällä hyvien käytäntöjen oppimisverkostoja kehittämällä Hyvä käytäntö -verkkopalvelua ja hyvien käytäntöjen tietokantaa edellisten tueksi. THL:n sivuille kootussa tietokannassa on kuvattu keväseen 2010 mennessä seitsemän joko mielenterveyteen tai päihteisiin tai molempiin liittyvää hyvää käytäntöä. Ne koskevat palveluohjausta vankilasta vapautuvien tukemiseksi, kaksoisdiagnoosiasiakkaiden intensiivistä avokuntoutusta, nuorten miesten syrjäytymisen ehkäisyä, päihdetyön päiväkeskuksen toimintamallia, selviämisasemaa terveydenhuollon toimintana päihdyneenä hoitoon hakeutuneille, moniammatillisen perhetyön yhteistyöverkostoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevän työn pienryhmätoimintaa varhaisen puuttumisen menetelmänä.

2.2.3 Ehkäisevä mielenterveystyö ja ehkäisevä päihdetyö – yhteistä ja erillistä

Leena Warsell

Ehkäisevällä päihde- ja mielenterveystyöllä on yhteisiä tavoitteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yleisellä tasolla. Tarjonnan vähentäminen ja päihteiden saatavuuden rajoittaminen päihdepolitiikan keinoin ovat ehkäisevän päihdetyön erityisosaamisaluetta, kun taas yhtymäkohtia löytyy ehkäisevällä päihde- ja mielenterveystyöllä erityisesti päihteiden kysynnän vähentämisessä. Kysynnän vähentämisellä tarkoitetaan kansalaisia päihteiden haitoilta suojaavien tekijöiden vahvistamista ja riskitekijöiden tunnistamista ja vähentämistä eli juuri sitä, mistä mielenterveystyössä puhutaan yksilön voimavarojen vahvistamisena, selviytymisen taitojen parantamisena sekä osallisuuden tärkeinä kokemuksina sosiaalisten verkostojen syntymisen, säilyttämisen ja vahvistamisen muodossa. Lisää yhteistä löytyy päihde- ja mielenterveysongelmien varhaisesta tunnistamisesta, kuten mini-intervention käyttö alkoholin riskikulutuksen tunnistamisessa.

Mielenterveyden häiriöllä ja päihteiden käytöstä johtuvilla ongelmilla on myös yhteisiä alueita, vaikka ne voivat olla lähtökohtaisesti erilaisia ja voivat esiintyä toisistaan riippumattomina. Ne ovat molemmiin puolin toistensa riskitekijöitä. Myös päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoidolla on useita yhteisiä alueita. Erityinen yhteisalue ovat niin sanotuista kaksoisdiagnooseista kärsivät asiakkaat, jotka oirehtivat samanaikaisesti sekä mielenterveyden häiriöillä että päihteiden käytöllä. Ehkäisevässä mielenterveystyössä on kehitetty sellaisia toimintamenetelmiä, jotka voidaan soveltaa sekä päihde- että mielenterveystyöhön. Tällaisia ovat muun muassa Toimiva lapsi ja perhe -menetelmät ja Time Out! Aikalisä! Elämä Raiteilleen -toimintamalli.

Ei ole kuitenkaan kovin helppoa arvioida tarkkaan, mikä tämänhetkinen integraatioaste kokonaisuudessaan ehkäisevässä työssä on. Joitakin yleisempiä näkökohtia voi silti esittää. Juuri kun edistävää ja ehkäisevä työ oli saamassa 2000-luvun Suomessa aiempaa suuremman painoarvon, ovat taloudellinen lama ja kustannussäästöt tehneet sosiaali- ja terveystalouden suunnittelusta ja kansalaisten hyvinvoinnin edistämisestä lyhytjänteistä toimintaa. Kuntien palvelurakennemuutokset ovat jääneet puolitiehen kuntien joutuessa keskittymään lähitulevaisuuden palvelujen säilyttämiseen ja kustannuksiin. Toisaalta yhä useammassa kunnassa / alueella on toimintoja ohjaava hyvinvointistrategia, jossa määritetään myös ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö.

Valtakunnallinen päihdepolitiikka kohdistuu koko väestöön pyrkien minimoimaan päihteiden haitat. Hintajänteiden ja veropolitiikka on nyt ollut tukemassa ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyötä. Alkoholin kokonaiskulutus on laskusuunnassa ja huumeidenkäyttö arvioidaan monelta kannalta onnistuneeksi. Terveystalouden edistämisessä edelleen helposti unohdetaan mielenterveyden edistäminen ja päihdehaittojen minimointi, vaikka niillä on olennainen vaikutus kansalaisten hyvinvointiin ja terveyteen.

Sekä päihde- että mielenterveystyön painopiste on ollut vankasti palveluiden ja rakenteiden kehittämisessä ja näin päähuomio on edelleen häiriöiden hoidossa ehkäisyn kustannuksella. Siksi olisi tärkeää saada ehkäisevä työ osaksi kuntien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmia ja tätä kautta saada työlle näkyvyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Pohjanmaa-hankkeen ja Alkoholiohjelman yhteinen strategiaopas opastaa kuntia ja alueita yhteistyöhön. Yhteinen mielenterveys- ja päihdetyön strategioiden valmistelu näyttäisi myös yleistyneen. Niistä on myös tulossa toimintaa oikeasti ohjaavia suunnitelmia eikä vain kirjahyllyn täytettä. Terveystalouden kyselyn 2009 (Warsell 2009) mukaan yhä useammassa terveyskeskuksessa johtoryhmä on osallistunut mielenterveys- ja päihdetyön strategian valmisteluun ja yhä useammassa terveyskeskuksessa verrattuna edelliseen kyselyyn vuoteen 2001 on myös alan kokonaissuunnitelma. Mini-interventio on jo laajalti terveyskeskusten käytössä, mutta sen seurannassa ja toteutuksessa on puutteita.

Sekä päihdehaittojen ehkäisy että mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen tarvitsevat onnistuakseen laajaa ja monialaista yhteistyöverkostoa. Kunnassa pitää ehkäisevää päihdetyötä varten jo lakisääteisesti olla päihdetyöryhmä. On enää harvoja kuntia/alueita, joista sellainen puuttuu, mutta toiminnan laadussa ja vaikuttavuudessa on eroja. Työryhmässä voitaisiin hyvin käsitellä sekä päihde- että mielenterveystyön yhteisiä elementtejä ja joissakin kunnissa/alueilla tällainen toiminta jo toteutuu. On luontevinta yhdistää ehkäisevälle päihde- ja mielenterveystyö samalle ohjausryhmälle, jonka toimintaa puolestaan ohjaa kunnan hyvinvointisuunnitelma. Kaste-ohjelman ja Mieli-suunnitelman toteuttamisen kautta päihde- ja mielenterveystyön integroitumista voidaan edistää tehokkaasti.

2.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut

2.3.1 Mielenterveyspalvelut hoitopäätystietojen valossa

Juha Moring

Terveystalouden järjestämisestä Suomessa vastaavat kunnat, joita on tällä hetkellä 342. Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunnan tulee toteuttaa mielenterveyslaissa ([1116/1990](#)) tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaiden tarvitsema sellainen ehkäisevä mielenterveystyö ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa. Kunnalla tulee olla terveyskeskus, jonka toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. Kunnat voivat myös yhdessä huolehtia kansanterveystyöstä perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Lisäksi kunnilla on monia muita mielenterveystyötä koskevia velvoitteita muun muassa asumisen ja kuntoutuksen suhteen.

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriön-

sä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Kunnan tulee huolehtia alueellaan laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin kansanterveyslaissa ([66/1972](#)) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa ([710/1982](#)) säädetään.

Erikoissairaanhoitolaissa ([1062/1989](#)) tarkoitetun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin sanotussa laissa ja mielenterveyslaissa säädetään. Kunnan on kuuluttava sairaanhoitopiirin kuntayhtymään, ja huolehdittava siitä, että henkilö saa erikoissairaanhoitolaissa tarkoitetun tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Lisäksi kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

Lainsäädäntö asettaa kunnille paljon vaatimuksia asukkaidensa mielenterveydestä huolehtimiseen, ja vaatimukset ulottuvat paljon laajemmalle kuin mielenterveyden häiriöiden hoitamiseen. Käytännössä palveluja tuottavat kuntien lisäksi kuntayhtymät, yhteistoiminta-alueet, Kainuun maakunta ja Ålands hälso- och sjukvård, sekä yksityiset toimijat ja kolmas sektori joko kuntien hankkimina ostopalveluina, tai käyttäjien Kansaneläkelaitoksen tuella tai kokonaan itse maksamina. Lisäksi palveluja rahoittavat muun muassa vakuutusyhtiöt. Toimijoita on paljon ja kokonaisuutta yritetään hallita suhteellisen väljällä lainsäädännöllä. Lopputulos onkin varsin kirjava. Joukossa on kuntia joissa palvelut on järjestetty hyvin, ja toisia joissa on vaikea päästä edes vähäisten tarjolla olevien palvelujen piiriin. Suurin osa kunnista sijoittuu näiden ääripäiden väliin. Palvelut eivät useinkaan ole laajuudeltaan sellaisia kuin tarve edellyttää, lisäksi toimijoiden välille on muodostunut rajoja, joiden ylittämiseen tarvitaan läheteitä ja maksusitoumuksia.

Porrasteisen terveydenhuoltojärjestelmämme näkyvin jono-ongelma on koskenut operatiivisia aloja. Lokakuussa 2002 erikoissairaanhoitoon kaikille erikoisaloille yhteensä oli yli kuusi kuukautta jonottanut 66 000 potilasta. Muista jonoista ei ollut käytettävissä luotettavaa tietoa. Lisäksi hoitokäytännöissä oli suuria vaihteluita, ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamiseksi tehtiin eri paikoissa erilaisin perustein. Tämän takia osana kansallista hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi muutettiin kansanterveyslakia, erikoissairaanhoitolakia, potilaslakia ja asiakasmaksulakia tavoitteena nopeuttaa ja yhtenäistää hoitoon pääsyä eri potilasryhmissä ja eri puolilla maata. Muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Säädökset kiireettömästä hoitopääsystä koskevat sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoitoa, ja kuuluvat seuraavasti:

KANSANTERVEYSLAKI 15 b § (17.9.2004/855)

Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada *arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden* terveyskeskukseen.

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä *hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä* siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu *hoito tulee järjestää* potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen *kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa* siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Tämä kolmen kuukauden *enimmäisaika voidaan ylittää* suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa *enintään kolmella kuukaudella*, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa annettava, *lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa* tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen *kolmen kuukauden kuluessa*, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Jos terveyskeskus ei voi itse antaa hoitoa 1 ja 2 momentin mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaisesti.

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot 1 ja 2 momentin mukaisista odotusajoista.

ERIKOISSAIRAANHOITOLAKI 31 § (17.9.2004/856)

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautetilansa edellyttämä hoito *välittömästi*. Muutoin henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Kiireettömässä hoidossa

Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti *tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava* hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kuuden kuukauden kuluessa* siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen *kolmen kuukauden kuluessa*, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa 1 ja 3 momentin mukaisesti, on sen hankittava hoito joltakin muulta palvelun tuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaisesti.

Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava jatkohoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot 3 momentin mukaisista odotusajoista.

31 a § (17.9.2004/856)

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi järjestää Suomessa 31 §:ssä tarkoitettua hoitoa säädettyissä enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan talousalueen jäsenvaltion tai Sveitsiin. Ennakkolupaa myönnettäessä on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

Ennakkolupaa koskevaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päätökseen voidaan hakea muutosta siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

Olellisena osana muutoksia käynnistettiin yhtenäisten kiireettömien hoidon perusteiden laatiminen sosiaali- ja terveysministeriön johdolla. Hoidon perusteet laadittiin 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen tavoitteena kattaa noin 80 prosenttia kiireettömästä hoidosta. Julkaistuja perusteita on sittemmin päivitetty kertaalleen. Varsinainen työ annettiin tehtäväksi erityisvastuualueille. Psykiatrian osalta työn teki Oulun yliopistollinen sairaala.

Psykiatrian hoitopääsykriteerit on tarkoitettu ensisijaisesti lähettävien lääkäreiden avuksi heidän harjoituksissaan ei-kiireellisten potilaiden lähettämistä erikoissairaanhoidon. Jotta kokonaisuus tulisi ymmärrettäväksi, ohjeissa on tarkasteltu asiaa myös kokonaan perusterveydenhuollossa hoidettavien potilaiden osalta.

Perusterveydenhuollolla tässä yhteydessä tarkoitetaan yleislääkärin johtamaa toimintaa, ja erikoissairaanhoidolla psykiatrian erikoislääkärin johtamaa toimintaa, riippumatta organisaation omistajasta. Tällä tavoin esimerkiksi terveyskeskuksen mielenterveysyksikkö voi edustaa joko perustasoa tai erikoissairaanhoidoa.

Kriteerit perustuvat käypä hoito -suositukseen. Kotimaisten suositusten puuttuessa on käytetty ulkomaisia käypä hoito -ohjeistuksia suomalaisiin olosuhteisiin sovelletuna. Käytetty terminologia perustuu suomenkieliseen ICD-10 diagnoosikriteeristöön ja käypä hoito -suositukseen. Ei-kiireellisten indikaatioiden kohdalla on otettu mukaan suosituksia seuranta-ajoista, koska on olemassa selvää näyttöä siitä, että hoidon lopputulos huononee, jos tutkimusten ja hoidon aloittaminen viivästyy.

Erikoislääkärin konsultaatiolla ohjeissa tarkoitetaan paitsi perinteistä konsultaatiota, myös videoneuvotteluna tai paperikonsultaationa toteutettua potilastapauksen arviointia yhdessä hoitavan lääkärin kanssa.

Hoitopääsykriteerit laadittiin seuraavien ryhmien osalta:

- Ahdistuneisuushäiriöt
- Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Neuropsykiatria
- Persoonallisuushäiriöt
- Vanhuspsykiatria
- Psykoosit
- Päihdeongelmat
- Syömishäiriöt
- Työkyvyn arviointi mielenterveyden häiriön perusteella.

Psykiatrisia potilaita, joiden hoitopääsyn määräajat olivat ylittyneet, oli vuoden 2005 lopussa muutamia satoja, kun lukumäärä kaikkien alojen osalta yhteensä oli yli 20 000. Eniten odotettiin neuropsykiatristen ja syömishäiriöiden avohoitoon. Vuoden 2009 lopussa tehdyssä seurannassa yli säädetyn ajan jonottaneita aikuisia oli 9, nuorisoikäisiä 24 ja lapsia 30 (taulukko 2).

Taulukko 2. Aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatrian erikoisaloilla hoitoa odottaneiden lukumäärä ja odotusajat ikäryhmittäin 31.12.2009. THL 2010.

	Kaikki psykiatrian erikoisaloilla odottaneet yht.	Kaikki hoitoa odottaneet alle 13-22-vuotiaat	alle 13-vuotiaat yht.	Joista yli 90 vrk odottaneet	13-17-vuotiaat yht.	Joista yli 90 vrk odottaneet	18-22-vuotiaat yht.	Joista yli 90 vrk odottaneet	23-vuotiaat ja vanhemmat yht.	Joista yli 180 vrk odottaneet
Etä-Karjalan shp	55	55	38	5	12	1	5	0	0	0
Etä-Pohjanmaan shp	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0
Etä-Savon shp	11	8	1	0	0	0	7	0	3	0
HUS	123	56	21	0	26	1	9	0	67	1
Itä-Savon shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kainuun shp	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Kanta-Hämeen shp	132	106	38	8	64	14	4	0	26	1
Keski-Pohjanmaan shp	83	11	4	4	0	0	7	0	72	0
Keski-Suomen shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kymenlaakson shp	28	28	21	11	7	0	0	0	0	0
Lapin shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Länsi-Pohjan shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pirkanmaan shp	130	79	39	1	33	0	7	1	51	0
Pohjois-Karjalan shp	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0
Pohjois-Pohjanmaan shp	157	66	26	1	25	0	15	0	91	1
Pohjois-Savon shp	106	55	0	0	40	8	15	4	51	1
Päijät-Hämeen shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Satakunnan shp	7	2	2	0	0	0	0	0	5	0
Vaasan shp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varsinais-Suomen shp	124	62	33	0	22	0	7	0	62	0
Yhteensä	971	543	238	30	229	24	76	5	428	4

Säädösmuutosten takana oleva ajattelutapa soveltuu parhaiten jollain toimenpiteellä hoidettaviin sairauksiin. Pitkäaikaista, joskus elämäniäkäistä hoitoa vaativiin tiloihin se sopii huonosti. Tämä ei koske pelkästään mielenterveyden häiriöitä, vaan myös muitakin kauan kestäviä sairauksia. Hoitopääsyn seuranta ei mittaa hoidon toteutumisen todellista tilannetta, koska potilaita ei aseteta jonoon odottamaan mahdollisesti myöhemmin toteutuvaa hoitoa, vaan heille yritetään antaa se apu, joka käytettävissä olevilla resursseilla on järjestettävissä. Tämä johtaa siihen, että hoito voi olla lähempänä tilanteen seuranta ja lääkkeiden uusimista, kuin käypä hoito -suositusten mukaisen hoidon tulisi olla. Tuloksellisuuden ja taloudellisuuden kannalta edullisinta olisi kuitenkin nopea tutkimuksiin pääsy ja laadultaan riittävä avohoito. Kotimaisen ja kansainvälisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että arvioon ja hoitoon pääsy tapahtuu liian hitaasti. Varhainen hoidon aloitus vähentää ongelman kroonistumisen vaaraa, psykoottisten häiriöiden osalta hoidon aloitus ennako-oireiden vaiheessa voi estää psykoosin puhkeamisen. Krooniset kansansairaudet ja ehkäisevä kansanterveystyö eivät herätä samaa kiinnostusta kuin leikkauksiin jonottaminen. Mielenterveystyössä on paljon kirjautumatonta hoidon tarvetta. Näiden jääminen jonokeskustelun ja erillisrahoituksen varjoon tuottaa koko ajan uusia puutteellisesti hoidettuja potilaita.

Mieli-suunnitelman tavoitteisiin kuuluu ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostaminen ja palvelujen kehittäminen kohti helppoa saavutettavuutta, jolloin niiden painopiste on avohoidossa ja peruspalveluissa. Toteutuessaan tämä vähentää näkymätöntä, virallisen seurannan ulottumattomissa olevaa jonotusta ja huonosti toteutuvaa hoitoa.

2.3.2 Päihdepalvelujärjestelmä

Airi Partanen

Kunnat ovat päihdehuoltolain (41/1986) mukaan vastuussa päihdepalveluiden järjestämisestä kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan. Niitä järjestetään niin kunnan itsensä tuottamina palveluina, kuntien yhteisesti tuottamina palveluina sekä ostopalveluina. Yli puolet tällä hetkellä toteutetuista päihdehuollon erityispalve-

luista on järjestöjen, säätiöiden ja yksityisten palveluntuottajien tuottamia. Päihdepalveluja järjestetään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon erityispalveluina, joita tyypillisesti ovat A-klinikat, nuorisoasemat sekä katkaisu- ja kuntoutusyksiköt. Päihdepalveluja järjestetään myös enenevästi yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa esimerkiksi perustason palveluina psykososiaalisissa yksiköissä. Huomattava osa päihdeongelmaisista kohdataan muualla kuin päihdehuollon erityispalveluissa, kuten terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, työterveyshuollossa tai kotipalveluissa.

Päihdehuoltolain lisäksi päihdeongelmaisten palveluja koskevia säännöksiä löytyy opioidiriippuvaisten korvaushoitoa koskevasta asetuksesta (33/2008), huumeiden käyttäjien terveysneuvontaa sääntelevästä tartuntatautilaista (583/1986) ja -asetuksesta (786/1986), joissa terveysneuvontaa koskevat muutokset tulivat voimaan vuoden 2004 alusta, sekä Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksia koskevasta laista (566/2005) ja -asetuksesta (646/2005).

Missä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa päihdeasiakkaat näkyvät?

Kokonaiskuvan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvasta päihde-ehtoisesta asioinnista saa neljän vuoden välein toteutettavasta päihdetapauslaskennasta (Nuorvala ym. 2009), josta viimeisin on tehty vuonna 2007. Noin puolet päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui päihdehuollon erityispalveluissa, eli A-klinikoilla, katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä, päihdehuollon asumispalveluissa sekä päiväkeskuksissa, kuten aikaisemminkin. Noin kolmannes asioinneista tapahtui terveydenhuollon yksiköissä. Terveydenhuollon osuus on viimeisten laskentojen aikana pysynyt suunnilleen tällä samalla tasolla. Vuonna 1999 oli terveydenhuollossa havaittavissa selvää siirtymistä fyysisten sairauksien hoidosta mielenterveyspalvelujen käyttöön, mutta suuntaus tasoittui ja oli kääntynyt viimeisimmässä laskennassa laskuun. Päihde-ehtoisen asiointin osuus somaattisessa terveydenhuollossa kasvoi. Tämä voi olla yhteydessä siihen, että 50-vuotiaiden ja sitä vanhempien asiointit olivat lisääntyneet. Avopalvelujen käyttö lisääntyi jonkin verran vuonna 2007 ja sen osuus oli 62 prosenttia.

Kaikissa vuodesta 1987 lähtien toteutetuissa päihdetapauslaskennoissa päihteiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollossa asioineiden asiakkaiden huono-osaisuus on tullut monella tavalla esiin. Asunnottomuus, työttömyys, perheenomaisten suhteiden puuttuminen ja päihteiden sekakäyttö on ollut yleistä. Naisten osuus oli vuonna 2007 noussut 28 prosenttiin, eli lähes kaksinkertaistunut vuodesta 1987.

Vaikka päihde-ehtoisesta asioinnista vastaavat pääosin 40–59-vuotiaat, viimeisessä laskennassa erityisesti yli 50-vuotiaiden päihde-ehtoinen asiointi lisääntyi sekä absoluuttisesti että suhteellisesti. Samansuuntainen, vanhempien ikäryhmien lisääntyneeseen alkoholin käyttöön liittyvä ilmiö on ollut nähtävissä myös useammassa koko väestöä tai ikääntyneitä koskeneissa väestötutkimuksissa. Ahlströmin ja Mäkelän (2009) mukaan varttuneen 50–69-vuotiaan ikäpolven alkoholin kulutus on lisääntynyt 2000-luvulla merkittävästi. Eläkeväestön parissa tapahtunut juomisen yleistymisen on lisännyt sekä hoitopalveluiden käyttöä että myös alkoholiehtoisia kuolemia. Alkoholin käyttö ja siihen liittyvät haitat eivät kuitenkaan enää näy yli 70-vuotiaita koskevissa tuloksissa.

Kahdessa viimeisimmässä päihdetapauslaskennassa kysyttiin myös päihteiden käytöstä riippumattomien mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä. Vuonna 2003 niitä oli raportoitu 37 prosentilla ja vuonna 2007 yhteensä jo lähes puolella (48 %). Vuoden 2007 päihdetapauksista 60 prosentilla naisilla arvioitiin olevan mielenterveyden häiriö ja miehillä vastaava osuus oli 44 prosenttia.

Alkoholin selkeä valta-asema on näkynyt kaikissa päihdetapauslaskennoissa. Alkoholia oli laskennoissa käyttänyt suurin piirtein yhdeksän kymmenestä. Alkoholin asema näyttää jopa vahvistuneen vuonna 2007. Lääkkeiden päihdekäyttö kasvoi vuodesta 1999 vuoteen 2003. Vuonna 2007 se näyttää kuitenkin kääntyneen hienoiseen absoluuttiseen ja suhteelliseen laskuun ollen silloin noin viidennes. Laittomia huumausaineita käyttäneiden määrä osoitti selvää kasvua 2000-luvun alusta lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, mutta vuonna 2007 tilanne näytti kuitenkin tasaantuneen lukuun ottamatta opioidien käyttöä. Runsaat viidennes laskennassa mukana olleista oli käyttänyt huumausaineita. Huumetilanteen tasaantumisesta on myös viitteitä koko väestöä koskevissa kyselytutkimuksissa.

Päihdepalveluiden käyttö

Sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereistä ja tilastoista saatujen tietojen mukaan päihdehuollon erityispalveluiden avohoidossa ja lyhytaikaisessa katkaisuhoidossa asioivien asiakkaiden määrät ovat viime vuosina hitaasti lisääntyneet. A-klinikoiden ja katkaisuasemien asiakasmäärät ovat kasvaneet vuodesta 2003 vuoteen 2008 noin 13 prosenttia ja katkaisuhoidossa olleiden asiakkaiden määrä kymmenen prosenttia. Pitkäaikaisempaa hoitoa tarjoavien kuntoutusyksiköiden asiakasmäärät olivat vuonna 2008 lähes samalla tasolla kuin vuonna 2003. Kaikkiaan vuonna 2008 A-klinikoilla asioi runsas 47 000 asiakasta, nuorisoasemilla 5 700 asiakasta, katkaisuhoidotyksiköissä noin 10 200 asiakasta ja kuntoutusyksiköissä noin 6 900 asiakasta. (Päihdetilastollinen... 2009, Päihdetilastollinen... 2008.)

Huumeiden käyttäjien hoidon kehittämiseen panostettiin 2000-luvun alkupuolella. Silloin selvästi laajentunut huumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste-toiminta on nyt vakiintunut muutaman viime vuoden aikana. Vuonna 2007 terveysneuvontapisteitä oli hieman yli 30 paikkakunnalla, ja niissä asioi noin 13 000 asiakasta. Opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa olleiden asiakkaiden määrä on puolestaan ollut jatkuvassa kasvussa ja vuonna 2008 arvioitiin korvaushoidossa olleen kaikkiaan noin 1 200 henkilöä. (Päihdetilastollinen... 2009.)

Päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi päihteet aiheuttavat hoidon tarvetta myös muissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveysneuvontapisteiden avohoidossa hoidettujen päihdeongelmaisten määrästä ei ole saatavissa tilastotietoja. Sairaaloissa alkoholisairauksien vuoksi hoidettujen asiakkaiden määrä kasvoi myös noin kahdeksan prosenttia vuodesta 2003 vuoteen 2008. Sen sijaan huumausaineiden vuoksi sairaaloissa hoidettujen asiakkaiden määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Vuonna 2008 huumausaineiden vuoksi sairaaloissa hoidettujen asiakkaiden määrä oli hieman aiempaa korkeampi, ja ero vuoteen 2003 oli neljä prosenttia. Kaikkiaan sairaaloissa vuonna 2008 hoidettiin noin 16 000 eri potilasta alkoholisairauksien vuoksi ja noin 5 300 potilasta huumausainesairauksien vuoksi. (Päihdetilastollinen... 2009, Päihdetilastollinen... 2008.)

Päihteiden käytön lisääntyminen on heijastunut myös monien muiden palveluiden käyttöön. Lastensuojelun avohuollon tukitoimenpiteiden piirissä olevien lasten sekä huostaan otettujen lasten määrä on ollut lähes jatkuvassa kasvussa viimeisten 20 vuoden aikana (Lastensuojelu 2009). Avohuollon tukitoimenpiteiden piirissä olevien lasten määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 1996 ollen vuonna 2008 yhteensä runsas 63 300 lasta. Kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli vuonna 2008 yhteensä noin 16 600. Vaikka valtakunnallisesti ei olekaan rekisteri- tai tilastotietoa lastensuojelun toimenpiteiden taustalla olevista syistä, joissakin kuntakohtaisissa arvioissa on todettu, että erityisesti alle 12-vuotiaiden huostaanotoissa vanhempien päihteiden käyttö on hyvin yleinen huostaanottojen taustalla oleva syy (Myllärniemi 2006).

Päihdetyön keskeisimmät ongelmat ja ennakkointia 2010-luvulla tulevista muutoksista

Päihdehuoltolaki on melko väljä, puitetyyppinen laki. Sen mukaan kunnassa on järjestettävä päihdepalveluita kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan. Kunnat kuitenkin tulkitsevat päihdepalveluiden tarvetta varsin vaihtelevalla tavalla. Erityisesti taloudellisen laman aikana sekä 1990-luvulla että nyt 2000-luvulla näyttää siltä, että kuntien päihdepalveluihin liittyviä päätöksiä ohjaavat pikemminkin kuntien taloustilanne ja käytettävissä olevat sosiaalihuollon resurssit kuin päihdeongelmaisten asiakkaiden todellinen palveluiden tarve. Alkoholien lisääntyneestä käytöstä huolimatta hoitojärjestelmän resursseja ei ole kohdennettu riittävästi ongelmien hoitoon, vaan haitat jatkavat kasvuaan. Huumetilanteen tasoittumisessa myös hoitojärjestelmään panostamisella 2000-luvun alussa on ollut vaikutusta, mutta tilanne voi myös nopeasti muuttua esimerkiksi uusien huumeilmiöiden myötä. Eräs tällainen ilmiö voi olla MDPV ja vastaavat tällä hetkellä huumelainsäädännön ulkopuolelle jäävät, mutta nuorilla huumeiden käyttäjillä nopeasti yleistyvät stimuloivat aineet, joilla on paljon terveyshaittoja.

Päihdepalveluiden haavoittuvuuteen on ollut vahvasti vaikuttamassa se, että kunnat hankkivat nykyisin yli puolet päihdehuollon erityispalveluista sosiaalihuollon ostopalveluina päihdepalveluja tuottavilta järjestöiltä ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Päihdehuollon erityispalvelut ovat useimmiten sosiaalitoimen alaista toimintaa, ja käytössä olevia päihdehuollon erityispalveluihin tarkoitettuja ostopalveluresursseja on supistettu kuntatalouden mukaisesti. Laman vaikutus näkyi jo edellisen laman aikana 1990-luvulla, jolloin päihdehuollon laitoshoidossa olleiden asiakkaiden määrä puolittui, mutta päihdehuollon avohoidossa olleiden

asiakkaiden määrä ei kuitenkaan vastaavasti lisääntynyt. Parin viime vuoden aikana on ollut jälleen nähtävissä kuntien pyrkimys säästää erityisesti ostopalveluina hankittavien päihdehuollon erityispalveluiden määräästä. On myös viimeaikaisia viitteitä siitä, että varsinaisten kuntouttavien palvelujen sijaan kunnat pyrkivät ohjaamaan asiakkaita halvempiin, asumispalvelutyyppeihin palveluihin. Kunnat pyrkivät säästämään ostopalveluina käytettävistä palveluista ohjaamalla asiakkaita nykyistä enemmän myös itse tuottamiinsa palveluihin. Tämä on supistamassa päihdepalveluiden monimuotoisuutta ja erityisesti pienille marginaaliryhmille kehitettyjä palveluja.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä tapahtuva päihdepalveluiden seudullinen kehittäminen painottaa peruspalveluissa tehtävän päihdetyön kehittämistä sekä perus- ja erityispalveluiden yhteistyön työmuotojen kehittämistä. Tämä on tervetullut uudistus. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä ei ulotu kaikialle Suomeen, eivätkä sen resurssit riitä vastaamaan kasvaviin ja yhä tiukempaan ongelmakierteeseen joutuneiden päihdeongelmaisten tarpeisiin. Päihdeongelmien hoidossa tarvitaan yhä laajempaa vastuunottoa ja erityisesti perustason terveydenhuollon vahvaa vastuunottoa varhaisemman vaiheen päihdeongelmiin vastaamiseen. Haasteena on sosiaalihuollon puolella perinteisesti järjestettyjen päihdehuollon erityispalveluiden ja perusterveydenhuollon sekä mielenterveyspalveluiden yhteistyörakenteiden ja -mallien kehittäminen.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhteisen kehittämisen haasteena on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kehittämisen lisäksi julkisten palveluntuottajien ja järjestöjen yhteistyömuotojen kehittäminen. Nykyisellään järjestöt tuottavat huomattavan osan päihdehuollon erityispalveluista, vaikka kunnat ovatkin ensisijaisessa palveluiden järjestämisvastuussa. Palvelut ovat sekä avomuotoisia, terapeuttisia palveluja, laitostenmuotoisia katkaisu- ja kuntoutuspalveluja, sekä monenlaisia arjen tukea antavia asumis- ja päivätoimintapalveluja. Järjestöillä on myös paljon sellaista moniammatillista erityisosaamista, jota ei tässä tilanteessa kannata menettää.

Haasteena palvelujärjestelmässä on myös palveluissa olevien päihdeongelmaisten moniongelmaisuus. Päihde- ja mielenterveysongelmat kietoutuvat usein tiukasti yhteen vaikeammin päihdeongelmaisilla, ja lisäksi heillä on usein monenlaisia somaattisia sairauksia. He tarvitsevat usein samanaikaisesti monien palveluiden tuottajien palveluita ja eri tahojen tukea akuuteista päivystyspalveluista avo- ja laitostenmuotoiseen terapeuttisiin palveluihin ja arjen struktuuria ja turvaa antaviin vertaistukiverkostoihin. Palvelujärjestelmän pirstaloituneisuus ja yksilöiden itsehoitoa ja itsemääräämisoikeutta korostava palvelujärjestelmä pudottaa helposti moniongelmaiset palvelujärjestelmän piiristä. Moniongelmaiset tarvitsevat kiinnipitävämpää työtä, mutta pirstaleisessa, suurimmissa kunnissa mahdollisesti jopa kymmenien erillisten palveluntuottajien tuottamien palvelujen kokonaisuudessa kiinnipitävän työtteen toteuttaminen voi olla haastavaa. Yksittäisestä, vaikeasti päihdeongelmaisesta kiinnipitävä työote voi olla hyvin lyhytaikaista, jos kukaan ei ota vastuuta asiakkaan kokonaistilanteesta tukena olemisesta asiakkaan siirtyessä palveluntuottajalta toiselle. Päihde- ja mielenterveysosaamisen tuominen yhden oven taakse somaattisen terveydenhuollon yhteyteen peruspalveluihin voi osaltaan helpottaa kokonaisvaltaista moniongelmaisten hoitoa. Tässä yhteydessä on tärkeä huolehtia siitä, että perustason palveluissa on myös sosiaalityön riittävä vahva osaaminen mukana.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden yhteistyön kehittämisen rinnalla ollaan kehittämässä myös päihdeongelmaisten hoidon ja kontrollin suhdetta useammassakin hankkeessa. STM on käynnistänyt vuonna 2009 hankkeen, jossa erillislaeissa olevaa tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset pyritään tuomaan mahdollisimman pitkälle yhden puitelain alle (Itsemääräämisoikeuden... 2010). Tämä edellyttää myös päihdehuoltolain mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon säännösten arviointia. Viime aikoina esillä on ollut erityisesti päihteitä käyttävien, raskaana olevien naisten tahdosta riippumattoman päihdehoidon kehittämisen kysymykset (Raskaana olevien..., 2009). Samalla tulee arvioida myös laajemmin sekä tahdosta riippumattoman päihdehoidon kehittämistarpeet sekä myös nykyisen vapaaehtoisuuteen perustuvan päihdehoidon kehittämisen mahdollisuudet kiinnipitävämmän työtteen osalta. Lisäksi sisäasiainministeriön (SM) ja STM:n yhteisessä työryhmässä (2009) selvitetään päihtyneiden kiinniottoon, kuljettamiseen, kohteluun ja hoitoon liittyviä yhteistyö- ja vastuukysymyksiä erityisesti päihtyneiden kuljettamisen ja välittömän hoidon osalta.

Ammatillisten palveluiden rinnalla tarvitaan myös vertaistoimintaan perustuvia arjen tukipalveluja. Tällä hetkellä näyttää myös siltä, että ammatillisella pohjalla toimivien palveluiden tuottajien rinnalle on tulossa lisääntyvästi erilaisia oman toipumiskokemuksen pohjalle rakentuvia hoitopalveluita. Näillä, esimerkiksi AA-filosofiaan tai kristillisen päihdetyön periaatteisiin nojautuvilla, vertaistukea ja yhteisöllisyyttä vahvistavilla palvelumuodoilla on tärkeä paikkansa pitkäaikaisen tuen mahdollistajana. Tällä hetkellä sosiaalihuollon asiakaslaissa olevat henkilöstön kelpoisuusedellytyksiä koskevat säännökset voidaan tulkita niin tiukasti, että osa päihdeongelmaisten tueksi rakentuneista ja jo vakiintuneista, vertaiskokemukseen perustuvista palveluista jää kilpailuttamistilanteissa kokonaan ulos. Myös laitosmuotoisten kuntoutusyksiköiden ja asumispalveluja tuottavien yksiköiden raja on joskus häilyvä. Sosiaalihuollon lainsäädännön tarkistamisen yhteydessä tulee tarkastella myös päihdepalveluita tuottavien yksiköiden henkilökunnan kelpoisuusehtoja ja mahdollistaa vertaistoimintaan perustuvien yksiköiden kehittymistä ammatilliseen osaamiseen perustuvien yksiköiden rinnalla. Tämä edellyttää kuitenkin sosiaalihuollon yksiköiden lupa- ja valvontakriteerien ja käytäntöjen tarkistamista niin, että selkiytetään ammatillisesti toimivien ja vertaistukeen perustuvien toimintayksiköiden kriteereitä.

2.4 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen Pohjoismaissa

2.4.1 Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa

Kristian Wahlbeck

Mielenterveyspalvelujen kehittäminen on ollut keskeinen tavoite kaikissa Pohjoismaissa 1980-luvulta alkaen (Tuori ym. 2007). Mielenterveyspalveluita on kehitetty osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleistä kehittämistoimintaa (Willberg & Valtonen 2007), mutta huomiota on kiinnitetty myös mielenterveyspalvelujen erillishaasteisiin. Keskeisiä kehittämiskohteita ovat olleet laitoshoidon korvaaminen avohoidolla, lasten ja nuorten palveluiden resurssien vahvistaminen, peruspalveluiden mielenterveysosaamisen vahvistaminen, pakon käytön rajoittaminen ja mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden lisääminen.

Verrattuna Suomeen, jossa mielenterveyspalvelujen kehittäminen on toteutettu tavoitteiltaan rajattujen kansallisten hankkeiden avulla (skitsofreniaprojekti 1981–1988, itsemurhien ehkäisyohjelma 1987–1996, kansallinen depressioprojekti 1994–1998, Mielekäs elämä! -ohjelma 1998–2002, Pääsky-hanke 1999–2001, Masto-hanke 2008–2011) ja sittemmin myös alueellisten Kaste-hankkeiden kautta, muissa Pohjoismaissa palvelujärjestelmän kansallinen kehittämistoiminta on selkeästi sijoitettu lähelle maan poliittista johtoa, ja sille on usein osoitettu korvamerkittyä rahoitusta valtion tulo- ja menoarviosta. On syytä kriittisesti arvioida, onko Suomessa toteutettu hajautetun ja ositetun kehittämistoiminnan malli ollut paras malli mielenterveyspalveluiden uudistamiseksi. On mahdollista, että Suomen muita Pohjoismaita vahvempi psykiatrisen laitoshoidon resursointi kuvastaa poliittisten voimien kiinnostuksen puutetta mielenterveystyöhön, jolloin kehitystä ovat Suomessa johtaneet lähinnä mielenterveystyön asiantuntijat ja ammattikunnat. Suurempi poliittinen kiinnostus asiaan voisi myös Suomessa toimia mielenterveystyön kehityksen vauhdittajana.

Kansalliset kehittämishankkeet

Norjassa käynnistyi vuonna 1999 eduskunnan päätöksellä kymmenvuotinen kansallinen ohjelma ("Optrappingsplanen") mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi ja vahvistamiseksi. Ohjelman tavoitteina oli palveluiden käyttäjien aseman vahvistaminen, avohoidon kehittäminen, erikoispalveluiden kehittäminen, mielenterveyskuntoutujien työelämän osallisuuden tukeminen, asumispalvelujen kehittäminen sekä opetuksen ja tutkimuksen vahvistaminen. Keskeistä ohjelmassa oli mielenterveystyön vahvistaminen kuntien perustason palveluissa. Ohjelmaan sisältyi selkeitä määrällisiä tavoitteita palvelutarjonnan lisäämiseksi, ja sen toteuttamiseksi kunnille ja terveysyrityksille ohjattiin mielenterveystyölle korvamerkittyä rahoitusta. Ohjelman tavoite lisätä mielenterveystyön vuosittaiseen käyttörahoitukseen noin 6 miljardia Norjan kruunua (vuoden 2008 hinnoissa noin 770 miljoonaa euroa) saavutettiin vuoteen 2008 mennessä. Tavoitteena oli, että ainakin 20 prosenttia lisäyksestä suuntautuisi lasten ja nuorten mielenterveystyöhön. Lisäyksestä noin 3,5 miljardia kruunua suuntautui kuntiin ja 2,5 miljardia kruunua terveysyrityksille. Kuntien lisärahoituksella on ennen

kaikkea vahvistettu mielenterveystyön henkilöstöä: henkilötyövuodet ovat ohjelmakaudella lisääntyneet lähes 5 000:lla, joista runsaat 1 000 kohdistuu lasten ja nuorten mielenterveystyöhön. Terveysyritysten lisärahoitus on ennen kaikkea mahdollistanut alueellisten psykiatriakeskusten perustamisen ja etsivän työn lisäämisen. Tämän lisäksi kunnille myönnettiin erillinen investointirahoitus mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden käynnistämiseksi. Suunnitelmakaudella avattiin investointirahoituksen turvin noin 3 200 asumispalvelupaikkaa, mutta tästä huolimatta asumispalvelutarjonta kunnissa on edelleen riittämätön. (Forskningsrådet 2009.)

Suunnitelmakauden loputtua aiemmin korvamerkityt varat on vuodesta 2009 alkaen sisällytetty kuntien saamaan valtionapuun. Mielenterveys on kuitenkin edelleen hallituksen prioriteettialueita, ja kehittämistyötä viedään eteenpäin hallituksen lasten ja nuorten mielenterveysstrategian ja uuden kansallisen ”työ ja mielenterveys” -strategian (2007–2012) turvin. Keskeisiä teemoja ovat edelleen itsenäisyyden ja oman elämän hallinnan tukeminen, käyttäjänäkökulman vahvistaminen, palvelujen alueellinen hajauttaminen ja läheisyys sekä ehkäisevä mielenterveystyö.

Ruotsissa toteutettiin vuonna 1995 mielenterveyspalvelujen uudistus (”psykiatrireformen”), jonka kohteena olivat varsinkin sairaaloiden pitkäaikaishoidossa olleet potilaat, joiden hoitovastuu uudistuksen yhteydessä siirrettiin kotikunnille. Tavoitteena oli tukea mielenterveyskuntoutujien sosiaalista osallisuutta kuntoutus- ja asumispalveluilla, joita kuntien tuli järjestää yhteistyössä psykiatristen palveluiden kanssa. Uudistus johti psykiatrian osastohoidon selvään vähenemiseen, mutta 2000-luvun alussa uudistuksen todettiin osittain epäonnistuneen ja kuntien tarjoamien palveluiden olevan riittämättömiä. Hallitus asetti selvitysmiehen, joka vuonna 2006 esitti mielenterveystyön kehittämistä sen taloudellisia resursseja ja kansallista ohjausta lisäämällä (Socialdepartementet 2006).

Erityistä huomiota on Ruotsissa viime vuosina osoitettu lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen sekä hoitoon huonosti sitoutuvien vakava-asteisesti oireilevien aikuisten tavoittamiseen. Jälkimmäinen prioriteetti liittyy muutamaa yleistä huomiota herättäneeseen väkivaltatapaukseen Ruotsissa, joissa tekijöillä oli mielenterveyden häiriö.

Mielenterveyspalvelujen valvonta on Ruotsissa aktiivisempaa kuin Suomessa. Esimerkkinä mainittakoon, että jokaisesta palvelujen piirissä tapahtuneesta itsemurhasta on lain mukaan tehtävä erillinen selvitys.

Tanskassa mielenterveysavohoidon ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämistä tuettiin 1990-luvulla muun muassa eduskunnan myöntämällä erillisrahoituksilla. 1990-luvulla kehityksessä keskityttiin mielisairaaloiden korvaamiseen osittain seudullisilla psykiatriakeskuksilla, joita vuosikymmenen lopulla oli noin sata kappaletta, kattaen koko maan. Vuodesta 1997 mielenterveyspalveluja ohjaavat kolmitai nelivuotiset valtion, alueiden ja useimpien poliittisten eduskuntapuolueiden väliset psykiatriasopimukset, joihin liittyy korvamerkittyä rahoitusta. Viime vuosina keskeisenä teemana on ollut yhteistyön parantaminen alueiden hoidollisten mielenterveyspalvelujen ja kuntien sosiaalipsykiatristen palvelujen välillä. Vuonna 2005 saatettiin päätökseen kansallinen hanke (”Genombrudsprojektet”) pakon käytön vähentämiseksi psykiatriassa. Vuonna 2009 julkaistiin uusi kansallinen strategia hoidollisille mielenterveyspalveluille (Sundhedsstyrelsen 2009).

Lainsäädäntö

Suomen mielenterveyslain tapaista erillislakia mielenterveystyöstä ei löydy muista Pohjoismaista.

Ruotsissa terveydenhuollon mielenterveyspalvelut kuuluvat terveydenhuoltolain (hälso- och sjukvårdslagen) piiriin. Erikseen ovat lait psykiatriassa ja oikeuspsykiatriassa toteuttavasta pakkohoidosta (lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård). Säädökset pakosta avohoidossa astuivat voimaan vuonna 2008. Mielenterveyskuntoutajat kuuluvat myös vammaispalvelulain (lagen om stöd och service till funktionshindrade) piiriin. Kuntien velvollisuudesta järjestää palveluja mielenterveyskuntoutujille on säädöksiä sosiaalihuoltolaissa (socialtjänstlagen).

Norjassa mielenterveyspalvelut kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon yleisen lainsäädännön piiriin. Kuntien terveyspalveluista, kuntien sosiaalipalveluista, ja erikoissairaanhoidosta on kustakin erikseen omat lakinsa. Vuonna 2002 voimaan tulleen erikoissairaanhoidon koskevan lain (lov om spesialisthelsetjensten) mukaan nämä palvelut kuuluvat valtion järjestettäväksi. Pakon käytöstä psykiatriassa on vuonna 2001 voimaan tullut erillinen laki. Laki potilaan oikeuksista (pasientrettighetsloven) sisältää muun muassa säädökset

oikeudesta hoidon tarpeen arviointiin kuukauden sisällä, oikeudesta ulkopuolisen asiantuntijan arvioon hoidosta (second opinion), ja oikeudesta hoitopaikan valintaan.

Tanskassa mielenterveyspalvelut kuuluvat vuonna 2007 voimaan tullen laajan terveydenhuoltolain (Sundhedsloven) piiriin. Pakon käytöstä psykiatriassa on vuodesta 2007 voimassa erillinen laki, jonka tavoitteena on turvata potilaan oikeudet pakkohoitotilanteissa.

Myöskään *Islannissa* ei ole erillistä mielenterveyslakia, vaan kaikki terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö on koottu yhteen lakiin.

Järjestämisvastuu

Norjassa kunnat järjestävät perustason mielenterveyspalveluja osana perusterveydenhuoltoa ja sosiaalipalveluja. Kuntien mielenterveystyöhön (”psykisk helsearbejd i kommunene”) on määritelty kuuluvan myös kulttuuri- ja liikuntapalveluja sekä työelämään kohdistuvia toimia. Kuntien mielenterveyspalveluiden selkeyttämiseksi ja vahvistamiseksi hallitus tulee vuonna 2010 antamaan lakiesityksen eduskunnalle.

Psykiatria (”psykisk helsevern”), kuten muukin erikoissairaanhoito, on vuodesta 2002 valtion järjestämisvastuulla. Palvelut tuottaa viisi valtion omistuksessa olevaa terveystyötä, joiden resurssikehyksistä määrää maan hallitus. Terveystyörytysten erityistason palveluihin kuuluvat psykiatrian sairaalapalvelut, seudulliset mielenterveyskeskukset (distriktpsikiatriske senter), sekä lasten- ja nuorisopsykiatria. Norjassa on 75 seudullista psykiatriakeskusta, jotka pääsääntöisesti tarjoavat myös lyhyttä ympärivuorokautista hoitoa tarvittaessa, ja jotka vastaavat myös päihdehuollosta. Terveystyörytiset tuottivat vuonna 2008 noin 1,1 miljoonaa mielenterveyskäyntiä.

Ruotsissa maakäräjäkunnat vastaavat erikoissairaanhoidosta, jonka osana psykiatrisesta hoidosta, sekä perusterveydenhuollosta. Maassa on noin 100 maakäräjien ylläpitämää psykiatrista avohoitoyksikköä. Kunnat vastaavat kuntoutuksesta, kotisairaanhoidosta, asumispalveluista ja arkipäivän tuesta. Ympärivuorokautista hoitoa tarjotaan Ruotsissa pääasiassa yleissairaaloiden psykiatrisilla osastoilla. Ruotsissa palvelujärjestelmän keskeinen ongelma on perusterveydenhuollon vähäinen rooli mielenterveystyössä. Palvelujärjestelmässä puuttuu myös mahdollisuus ”kevyeen” ja lyhyeen ympärivuorokautiseen akuuttihoitoon tarvittaessa, jota Norjassa ja Tanskassa toteutetaan seudullisissa psykiatriakeskuksissa.

Tanskassa, psykiatristen palveluiden järjestäminen (”behandlingspsykiatri”) on, kuten terveydenhuollon järjestäminen kokonaisuudessaan, muita Pohjoismaita keskitetympää ja vuodesta 2007 viiden alueen vastuulla. Alueet rahoittavat myös yleisen sairausvakuutuksen kautta psykiatristen alojen erikoislääkäreiden ja yleislääkäreiden tuottamia avopalveluita. Alueet ylläpitävät sairaaloita ja seudullisia mielenterveysyksiköitä. Kuntien järjestämisvastuu rajoittuu mielenterveyskuntoutukseen (”socialpsykiatri”), ehkäisevään mielenterveystyöhön, mielenterveyden edistämiseen ja sosiaalipalveluihin.

Nykyjärjestelmän kipukohta on alueiden hoidollisten mielenterveyspalveluiden ja kuntien kuntouttavien mielenterveyspalveluiden yhteistyö (Sundhedsstyrelsen 2009). Haasteena on myös kuntien sosiaalipsykiatristen palvelujen kehittäminen.

Ruotsissa ja Tanskassa maksuvastuu sairaalahoitosta siirtyy lain mukaan kunnalle, mikäli lääketieteellisen hoidon loputtua kunta ei järjestä tarvittavia asumis- ja muita avopalveluita potilaalle, ja potilas tämän takia jää sairaalahoitoon. Säädösten tavoitteena on luoda taloudellinen kannustin kunnille järjestää tarpeelliset kuntoutus- ja asumispalvelut.

Sekä Ruotsissa että Tanskassa on käytössä tukihenkilöjärjestelmä. Kuntien henkilöstöön kuuluu palveluohjaajia, joiden tehtävänä on tarjota tukea mielenterveyskuntoutujille ja tukea heidän osallisuuttaan toimimalla yhteyshenkilönä palveluiden käyttäjien ja palveluiden tuottajien välillä.

Henkilökunta

Koulutetun mielenterveyshenkilöstön määrä on kaikissa Pohjoismaissa ollut kasvussa (Tuori ym. 2008). Verrattuna muihin Pohjoismaihin koulutettua mielenterveyshenkilöstöä on Suomessa hyvin. Suomessa on Islantia lukuun ottamatta Pohjoismaista eniten psykiatreja asukaslukuun nähden (26 psykiatria 100 000 asukasta kohden) (WHO 2008) ja yli kolme kertaa enemmän psykiatrisia sairaanhoitajia kuin muissa Pohjoismaissa (Tuori ym. 2007). Myös psykologiä on Suomessa hyvää pohjoismaista tasoa (Tuori ym.

2007). Varsinkin Norjassa ja Tanskassa on pyritty lisäämään psykologien roolia mielenterveyspalveluiden suunnittelussa ja palvelutuotannossa.

Mielenterveyspalvelut

Norjassa oli vuonna 2004 käytössä noin 0,6 sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. *Ruotsissa* erillistä psykiatrista sairaaloista on luovuttu, ja oikeuspsykiatriaa lukuun ottamatta psykiatrian sairaansijat sijaitsevat yleis-sairaaloissa. Vuonna 2006 oli käytössä noin 0,5 psykiatrista sairaansijaa 1 000 asukasta kohti. *Tanskassa* psykiatristen sairaansijojen määrä on 2000-luvulla edelleen hitaasti vähentynyt. Vuonna 2007 oli käytössä noin 0,6 psykiatrian sairaansijaa 1 000 asukasta kohti.

Psykiatrisessa sairaalahoidossa tuotetut hoitovuorokaudet ovat vähentyneet kaikissa Pohjoismaissa viimeisen 20 vuoden aikana, mutta verrattuna Ruotsiin ja Tanskaan Suomessa tuotetaan edelleen enemmän psykiatrian hoitopäiviä asukasta kohti. Myös tarkasteltaessa sairaaloissa hoidettujen psykiatristen potilaiden määrää Suomi erottuu. Suomessa hoidettiin vuonna 2005 0,56 prosenttia väestöstä psykiatrisella osastolla, Ruotsissa ja Tanskassa 0,46 prosenttia. (Tuori ym. 2007). Joiltakin osin ero selittyy sillä että päihdepotilaita hoidetaan Suomessa psykiatrian osastoilla muita Pohjoismaita enemmän.

Pitkäaikaispotilaiden määrä psykiatriassa on kaikissa Pohjoismaissa vähentynyt, mutta vuonna 2005 hoitoaika psykiatriassa oli Suomessa edelleen keskimäärin selvästi pidempi kuin muissa Pohjoismaissa: Suomi 40 vuorokautta, Norja 26 vuorokautta, Ruotsi 19 vuorokautta, Tanska 29 vuorokautta (Tuori ym. 2007). Lukujen valossa näyttää olevan mahdollisuuksia edelleen lyhentää keskimääräistä hoitoaikaa psykiatrian osastoilla Suomessa tehostamalla yhteistyötä avohoidon kanssa ja ottamalla käyttöön välimuotoisia palveluja, varsinkin kun on osoitettu, että hoitajaksojen lyhentymisen ei ole Suomessa huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten itsemurhien määrällä mitattuna (Sohlman ym. 2006).

Sairausajavähennyksen kanssa terveydenhuollon sairaansijat ylipäättään ovat vähentyneet (Tuori ym. 2007). Sairaalahoitoon vähentymisen myötä asumispalveluyksikköjen tuottamien asumisvuorokausien määrä on kasvanut Pohjoismaissa. Nämä ovat usein sosiaalipalveluiksi luokiteltavia yksikköjä. Suomessa suurin osa asumispalveluista tuotetaan yksityisten palvelutuottajien toimesta, ja myös Ruotsissa yksityisten palvelutuottajien rooli on kasvanut. Kaiken kaikkiaan mielenterveyspalveluissa on tapahtunut siirtymistä terveydenhuollosta sosiaalipalvelujen suuntaan, mikä on kaikissa Pohjoismaissa asettanut suuria haasteita sosiaalipalveluille. Tahdosta riippumattomien hoitojen osuus kaikista psykiatrian hoitajakoista on Suomessa suurempi kuin muissa Pohjoismaissa (Suomi 32 %, Norja 22 %, Tanska 21 %). (Tuori ym. 2007.)

Avohoitoa on kaikissa Pohjoismaissa kehitetty (Sandlund 1998). Norjan kehittämissuunnitelman tuloksena avohoitokäyntien määrää on pystytty lisäämään, ja vuonna 2005 tehtiin 4,61 miljoonaa käyntiä, joista alakäisten käyntejä oli 1,09 miljoonaa. Vastaavan ajankohtana Suomessa tehtiin vain vajaat kaksi miljoonaa mielenterveysavohoitokäyntiä. Lukujen valossa mielenterveysavohoidon saatavuus on Suomessa selvästi Norjaa heikompi.

Pohjoismainen yhteistyö

Pohjoismaiden ministerineuvoston aloitteesta on aloitettu työ sekä mielenterveyspalveluiden pohjoismaisten laatuindikaattorien kehittämiseksi että pohjoismaisen mielenterveysstrategian luomiseksi. Ministerineuvoston työryhmä on esittänyt kolme osoitinta mielenterveyspalveluiden laadun määrittämiseksi (Nordiska ministerrådet 2007):

- tahdosta riippumattomien sairaalaan ottojen määrä (1 000 asukasta kohti ja kaikista sairaalahoitoista)
- keskimääräinen odotusaika lasten- ja nuorisopsykiatrisen avohoidon ensimmäiseen arviointiin
- itsemurhien määrä psykiatrisessa sairaalahoidossa (1 000 hoitajaksoa kohti, itsemurhien kokonaismäärä kohti, ja 100 000 asukasta kohti).

Ministerineuvosto on vuonna 2009 myös nimittänyt mielenterveystyön asiantuntijaryhmän selvittämään mahdollisuuksia yhteispohjoismaisiin toimiin mielenterveyden alalla. Asiantuntijaryhmä luovuttaa esityksensä ministerineuvostolle keväällä 2010. Työryhmä esittää, että Pohjoismaista lisäarvoa on luotavissa

kehittämällä pohjoismaista yhteistyötä ja kokemusten vaihtoa koskien lasten ja nuorten mielenterveyttä, työelämää ja mielenterveyttä, ikäihmisten mielenterveyttä, perusterveydenhuollon mielenterveystyötä, kokemusasiantuntemuksen käyttöä ja pakon käytön vähentämistä. Lisäksi työryhmä esittää, että Pohjoismaat tukisivat Maailman terveysjärjestöä (WHO:ta) Euroopan mielenterveysjulistuksen ja toimintasuunnitelman seurantatoimissa.

Lopuksi

Pohjoismaissa mielenterveyspalvelujen saatavuus on parantunut avohoidon kehittymisen myötä. Norjassa ja Tanskassa tarjolla on ympärivuorokautista hoitoa osana seudullista palvelutarjontaa. Suomi on ainoa Pohjoismaa, jossa perinteisillä erillisillä psykiatrisilla sairaaloilla edelleen on merkittävä rooli. Mielenterveystyön painopiste on kaikissa maissa siirtymässä ehkäisevään työhön, sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin. Kehittämishaasteena on kaikissa maissa kuntien mielenterveystyön kehittäminen. Kunnilta toivotaan ennen kaikkea ehkäiseviä toimia, kuntouttavia palveluja, toimia mielenterveyskuntoutujien osallisuuden vahvistamiseksi sekä asumispalveluita ja työtoimintaa.

Pohjoismaisessa vertailussa voidaan todeta, että Suomen mielenterveyspalvelut ovat edelleen suhteellisen laitospainotteisia, kuntien mielenterveystyö on suhteellisen kehittämätöntä ja pakon käyttö psykiatrisa on muita Pohjoismaita tavallisempaa. Toteutuessaan Mieli 2009 -työryhmän suunnitelma tulee lähentämään Suomen mielenterveyspalvelujen tilaa tilanteeseen muissa Pohjoismaissa.

2.4.2 Päihdehuolto Pohjoismaissa

Kerstin Stenius

Pohjoismaissa päihdehuollon historialliset juuret ovat köyhäinhoidossa. Päävastuu päihdehoidon järjestämisestä on ollut sosiaalipalveluilla. Tanskan päihdehoidon historia kuitenkin eroaa muista Pohjoismaista. Antabuksen löytämisen myötä alkoholismi määriteltiin Tanskassa sairaudeksi jo 1950-luvulla ja hoitovastuu siirtyi terveydenhuoltoon (Thiesen 2007). Päävastuu huumehoidosta on kuitenkin myös Tanskassa ollut sosiaalipalvelujärjestelmässä. Muissa Pohjoismaissa päihdehuolto on jonkun verran medikalisoitunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Taustalla ovat muun muassa huumeiden korvaus- ja ylläpitoisuuden yleistyminen, evidence based treatment - ”liike”, kaksoisdiagnoosipotilaiden puutteellinen hoito sekä Norjassa hoitovastuun siirtäminen pois sosiaalihuollosta hallinnollisen uudistuksen seurauksena.

Päihdehuolto reagoi herkästi suhdanteisiin, etenkin jos valtio ei osallistu rahoitukseen, vaan rahoitus on riippuvainen kunnan taloudellisesta tilanteesta. Päihdehuolto on kuitenkin kaikissa Pohjoismaissa itsenäinen palvelukokonaisuus. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka päihdehuolto on suhdanneherkkä, eivät lamajaksoit ole dramaattisesti vaikuttaneet palveluiden kokonaistarjontaan. Laitokset, ammattikunnat ja tutkijat ovat puolustaneet järjestelmää. Tanskassa hoidon saatavuus on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana, kun julkista rahaa on tullut aikaisempaa enemmän päihdepalveluiden järjestämiseen.

Pohjoismaissa vapaaehtoisjärjestöillä – mukaan lukien asiakas- tai oma apu -järjestöt – on ollut tärkeä rooli päihdepalveluiden tarjonnassa, julkisen rahan tuella. Tämä on mahdollistanut laajan hoitojärjestelmän ja samalla luonut laajan hoito/huoltokäsitteen. Tanskassa tämä on tapahtunut tosin vasta viimeisten 15 vuoden aikana. Hoidon laatua ja sisältöä on kontrolloitu vain vähän. Viimeisten vuosikymmenten aikana, tilaaja-tuottajamallien yleistyessä, on myös yksityisten, voittoa tavoittelevien palvelutuottajien määrä kasvanut etenkin Ruotsissa ja Tanskassa.

Julkisella sektorilla on kaksi (Suomi) tai kolme (muut Pohjoismaat) tasoa. Valtiolla, maakäräjäkunnilla tai vastaavilla sekä kunnilla on palvelujärjestelmässä vaihtelevasti sekä tuottajan, maksajan että ohjaajan rooli. Yhteiskunnallisena ongelmana päihdeet vaativat erityyppisiä toimenpiteitä erilaisissa tilanteissa olevien kansalaisten näkökulmasta tarkasteltuna. Hoitojärjestelmään kuuluu päihdehuollon erikoispalveluiden lisäksi myös kriminaalihuollon, perusterveydenhuollon, psykiatrian ja sosiaalitoimen palveluita. Päihdeasiakkaat ovat usein palvelujärjestelmien kannalta ei-toivottuja tai syrjäytyneitä ja heidän hoitamisensa vaatii erikoistoimenpiteitä. Hoitojärjestelmän täytyy vastata myös muuhun kuin hoidon käyttäjien ilmaiseen hoidon tarpeeseen. Lehto (1998) toteaa, että päihdehoitojärjestelmille on luonteensa puolesta pirstaleinen

ja monimutkainen järjestelmä, jossa on monta palvelutuottajaa sekä monitahoinen taloudellinen vastuu ja ohjaus. Tämän takia on vaikea saada kattavia tilastoja esimerkiksi asiakkaiden määrästä, henkilökunnasta, toimenpiteistä tai kustannuksista. Useimmissa maissa on myös suuria paikallisia eroja palveluiden tarjonnassa ja järjestelmissä (Stenius 2010). Nämä erot ovat osittain vastauksia vaihteleviin paikallisiin tarpeisiin, mutta ennen kaikkea ne ovat seurausta paikallisista historioista sekä hoidon ja hoitojärjestelmän vaikuttavuuteen liittyvästä vaihtelevasta ja usein puutteellisestakin tiedosta.

Viime vuosina kaikissa Pohjoismaissa on toteutettu, tai ainakin suunniteltu, mittavia hallinnollisia uudistuksia, jotka vaikuttavat päihdepalvelujärjestelmän työnjakoon ja ohjaukseen. Päihdehuolto on pieni osa hyvinvointiyhteiskunnan palvelujärjestelmää, ja sen ammattikunnalla on vain vähän vaikutusvaltaa. Siksi nämä uudistukset ovat usein tulleet kylkiäisinä, kun on tavoiteltu koko terveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon tai jopa koko keskitetyn ja paikallisen julkishallinnon uudistuksia. Päihdepalvelujärjestelmien näkökulmasta tarkasteltuna uudistusten ratkaisut näyttävätkin eri Pohjoismaissa hyvin erilaisilta.

Suomessa kunnilla on miltei yksinomainen vastuu päihdehuollosta. Muissa Pohjoismaissa, etenkin Norjassa ja Ruotsissa, valtiolla on tärkeä rooli palveluiden ohjauksessa, rahoituksessa ja tuottamisessa. Valtion aktiivinen rooli liittyy huoleen kuntien tahdosta ja kyvystä huolehtia päihdehuollon heikoimmista asiakasryhmistä.

Ajankohtaiset hallinnolliset uudistukset

Norjassa päihdehuollon hoito- ja kuntoutusvastuu siirtyi vuonna 2004 maakäräjiltä valtion viidelle alueelliselle terveydenhuoltoyritykselle, jotka kattavat koko erikoissairaanhoidon. Päihdehuollon siirtämisen taustalla oli muun muassa tarve vastata kasvaviin huumekuolemiin. Uudistuksen tarkoituksena oli taata päihdehuollon asiakkaille samat oikeudet erikoissairaanhoidon kuin mitä muilla kansalaisilla on.

Päihdehuolto muodostaa tässä sairaanhoitojärjestelmässä oman itsenäisen palvelukokonaisuutensa, moniammatillisen päihteiden väärinkäyttäjien erikoispalvelun. Uudistusta on arvioitu 2005–2006. Haasteita on ollut päihdehoidon erityisosaamisessa ja taloudellisessa resursoinnissa, vaikka uudistuksen myötä yritysten päihdehuoltobudjetit kasvoivat jopa 40 prosenttia vuosina 2004–2007. Alussa kustannukset olivat kuitenkin pienemmät kuin kuntien yhteiset kustannukset samoista palveluista. Potilaan oikeudet hoitoon määritellään käytännössä terveysongelmien vaikeusasteen sekä olemassa olevan hoidon kustannus- ja tehokkuuden mukaan. Paljon resursseja on käytetty uuden arviointijärjestelmän luomiseen ja kustannus- ja tehokkuuden määrittämiseen. Potilaan oikeudesta hoitoon on tavallaan tullut kustannuskontrolli-instrumentti. Samalla tilaaja-tuottajamalli on läpäissyt koko päihdehuollon. Vaikka päihdehoidon jonot ovat kasvaneet, suurempana ongelmana potilaan ja hoidon laadun kannalta ovat kuitenkin olleet hoidon jatkuvuuteen liittyvät kysymykset. Tämän vuoksi hallitus esitti kesällä 2009 koordinoituihin uudistuksiin, jonka päämäärä oli perusterveyden- ja sosiaalihuollon kapasiteetin vahvistaminen, erityisesti ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen puuttuminen. Näin pyritään vähentämään erikoissairaanhoidon liikakäyttöä. Nesvaag and Lie (2009) toteavat, että nykytilanteessa vallitsee ristiriita toisaalta ylhäältä alaspäin johdetun, mutta pirstaleisen järjestelmän, ja toisaalta hoidon jatkuvuuden välillä.

Ruotsissa järjestelmän muutokset ovat viime vuosina olleet pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa. Opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoito liberalisoitiin vuonna 2005, jonka jälkeen korvaushoidon saajien määrä on yli kaksinkertaistunut. Paljon resursseja on kohdistettu näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönottoon sekä sosiaali- että terveydenhuollossa (Christoph & Blomqvist 2010). Nämä molemmat seikat ovat vahvistaneet lääketieteen roolia hoidossa. Lisäksi valtio on panostanut useita satoja miljoonia kruunuja pakkohoidon käytön edistämiseen. Tämä vahvistaa osaltaan paternalistista eli holhoavaa sekä yhteiskunnallista ajattelutapaa. Parhailtaan hallituksen asettama toimikunta tekee päihdehuollon yleisarviointia. Tehtävään kuuluu muun muassa miettiä vaihtoehtoisia työnjakomalleja, ennen kaikkea työnjakoa maakäräjäkuntien terveydenhuollon ja kuntien sosiaalihuollon välillä. Lisäksi pyritään parantamaan asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja keskustellaan pakkohoidon roolista. Hoidon saatavuus ja koordinointi sekä pakkohoidon vaikuttavuus ovat keskeisiä kysymyksiä (Bättre vård och stöd för individen. 2010). Tärkeä muutos Ruotsissa on myös hoidon valvonnan keskittyminen Sosiaalihuollukselle. Näin voi sanoa, että Ruotsissa mennään takaisin aikaisempaan ohjausjärjestelmään.

Tanskassa päihdehuollon historia on ollut dramaattinen viimeiset 15 vuotta. Huumeidenkäyttäjien päihdehuollon vastuu siirtyi vuonna 1996 kunnilta 14 maakärjäkunnalle. Samalla alettiin yhdistää alkoholi- ja huumehoitoa. Päihdehuollon resurssit kolminkertaistuivat seuraavan kymmenen vuoden aikana, yksityisten ja julkisten kuntoutusyksiköiden määrä kasvoi räjähdysmäisesti, ja myös asiakkaiden määrä kolminkertaistui. Vuonna 2001 säädettiin laki yksityisten laitosten vähimmäisvaatimuksista ja valvonnasta. Vuonna 2004 julkisesta rahoituksesta riippuvaisten hoitolaitosten oli liityttävä kansalliseen hoitorekisteriin. Vuonna 2004 otettiin myös käyttöön hoitotakuu ja vapaa hoidon valinnan periaate. Vuonna 2007 vastuu päihdehuollosta siirrettiin maakärjäkunnilta 98 suurkunnalle. Hallinnon hajauttamisen myötä paikalliset erot ovat kasvaneet. (Pedersen 2007.)

Lainsäädäntö

Norjassa vuoden 2004 jälkeen hoitovastuu on ollut valtion terveydenhuoltoyrityksillä, ja niiden kuntoutus-, katkaisuhoido- ja arviointiyksiköt kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin (spesialisthelsetjensteloven). Asiakkaista on tullut potilaita, joilla on potilasoikeudet (lov om pasientrettigheter, katso artikkeli Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa). Pakkohoito toteutetaan sosiaalihuoltolain mukaan. Vuonna 2008 noin 100 henkilöä oli pakkohoidossa. Lisäksi erillisen säännöksen pohjalta noin 50 raskaana olevaa naista oli pakkohoidossa valtion terveydenhuoltoyrityksissä. Pakkohoidon aloitevastuu ja sen tarpeen selvittäminen on sosiaalihuollolla ja tapahtuu sosiaalipalvelulain mukaisesti. Sosiaalihuollon pakkohoidon lisäksi käytössä on psykiatrisen pakkohoidon (katso artikkeli Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa).

Ruotsissa päihdehuolto kuuluu sekä terveydenhuoltolain (hälso- och sjukvårdslagen, HSL) että sosiaalipalvelulain (socialtjänstlagen eli SoL) piiriin. SoLin mukaan kunnilla on viime kädessä vastuu siitä, että kansalaiset saavat tukea ja apua tarpeidensa mukaan. Maakärjäkunta on velvollinen tarjoamaan hyvää terveydenhuoltoa kansalaisille myös päihteidenkäytön seurauksiin. Kunnilla voi kuitenkin olla terveydenhuoltovastuu tietyistä terveydenhuoltopalveluista, kuten terveydenhuollosta tukiasunnoissa sekä kotisairaanhoidossa. Erityisesti katkaisuhoido, mielenterveys- ja muiden terveysongelmien hoito, mutta toisinaan myös lääketieteellinen tai moniammattillinen avohoito, ovat maakärjäkunnan terveydenhuollon vastuulla, joskus psykiatriassa, joskus erillisessä riippuvuushoitojärjestelmässä (beroendevård). Psykiatriassa ja oikeuspsykiatriassa on säädetty erikseen pakkohoidosta (ks. artikkeli Mielenterveyspalvelut Pohjoismaissa). Psykiatrian pakkohoidon lisäksi on voimassa erillinen sosiaalinen laki päihteiden väärinkäyttäjien pakkohoidosta (lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM), jonka mukaisessa hoidossa on ollut viime vuosina hoidossa runsas 1 000 aikuista/vuosi. Laki mahdollistaa pakkohoidon aikuisen henkilön vaarallisuuden takia. Ennen kaikkea kyse on kuitenkin paternalistisesta eli holhoavasta pakkohoidosta. Hallitus on ehdottanut erillistä pykälää raskaana olevien naisten pakkohoidosta.

Tanskassa huumehoitoa säätelee palvelulaki (serviceloven) ja alkoholien hoito kuuluu terveydenhuoltolain (sundhedsloven) alle. Alaikäisten, alle 18-vuotiaiden päihdehoitoa säätelee palvelulaki. Laki sallii pakkohoidon asiakkaan omasta pyynnöstä (homeerinen pakko). Sitä ei kuitenkaan käytännössä käytetä. Viime vuosina on käyty keskusteluja ja paikallisesti myös tarjottu raskaana olevien naisten vapaaehtoista pakkohoitoa, mutta vuonna 2009 vielä yksikään nainen ei ollut käyttänyt sitä (Hecksher 2009). Vuonna 2003 astui voimaan huumeiden käyttäjien hoitotakuu (serviceloven), joka on laajennus muutamaa vuotta aikaisemmin tehtyyn sairaanhoidon hoitotakuu-uudistukseen. Hoitotakuun tarkoituksena oli lyhentää hoitajonon. Hoitotakuu sisältää oikeuden hoitokontaktiin 14 päivän sisällä sekä vapauden valita hoitava taho. Pari vuotta myöhemmin vastaava takuu tuli terveydenhuoltolakiin (sundhedsloven) koskien myös alkoholin ongelmakäyttäjiä.

Vuoden 2004 jälkeen kaikkien huumeiden käyttäjien laitoshoidon tarjoavien yksiköiden, joissa hoito korvataan julkisella rahoituksella, on pitänyt liittyä DanRIS hoitorekisteriin, jonka Århusin yliopiston päihdetutkimuslaitos ylläpitää. Tämä vaatimus laajenee tulevaisuudessa myös alkoholin käyttäjien hoitoon sekä avohoitoon.

Järjestämisvastuu ja -periaatteet

Norjassa vastuu erikoistason päihdehoidon järjestämisestä ja kustannuksista on terveydenhuoltoyrityksillä. Kyseessä on viisi itsenäistä yritystä, joilla jokaisella on oma budjettinsa, ja oma, sosiaaliministeriön nimitt-

tämä hallituksensa. Kunnalla on vastuu pitkäaikaisesta ja sosiaalisesta kuntoutuksesta, ja se voi ostaa palveluita myös muualta. Lisäksi kunnalla on vastuu pakkohoitoaloitteiden tekemisestä. Norjassa vallitseekin suhteellisen keskittynyt, ja toistaiseksi hyvin resursoitu, julkisen sektorin markkinamalli. (Nesvaag & Lie 2009.)

Ruotsissa laki velvoittaa kunnat ja sosiaalipalvelujärjestelmän ehkäisemään päihdeongelmia ja tarjoamaan aktiivisesti asiakkaiden tarpeita vastaavia palveluita. Terveydenhuollon velvoitteet ovat yleisemmin muotoiltuja. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on tarpeellista, mutta käytännössä usein vaikeaa, koska muun muassa henkilötietoja ei ole mahdollista välittää toimijoiden välillä ilman asiakkaan nimenomaista lupaa. Ongelma ovat myös kilpailevat lääketieteelliset ja sosiaaliset ongelmanmäärittelyt. Sekä kunta että maakärjäkunta voivat sopia myös muiden palvelutuottajien kanssa palveluiden tarjonnasta. Monet kunnat ovat siirtyneet tilaaja-tuottajamalliin ja yksittäisten palveluntuottajien määrä onkin kasvanut tasaisesti 1980-luvun lähtien. Vuoden 1994 jälkeen valtio (Statens institutionsstyrelse) on ylläpitänyt kaikkia sosiaalihuollon pakkohoitolaitoksia. Kunnat saavat valtionapua, joka kattaa osan pakkohoidon kustannuksista. Sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon valvonta on vuoden 2010 alusta yhdistynyt ja se on siirretty Socialstyrelseniin. Valvonta koskee myös ei-julkishallinnollisten palveluiden tuottajia.

Tanskassa päihdehuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu sekä hoidon valvonta ovat kunnilla. Kehitys on ollut siis päinvastainen kuin Norjassa. Sairaalahoido on keskitetty viidelle alueelle, jotka myös tarjoavat päihdehuoltoa. Palveluiden järjestämisvastuun hajauttaminen on tarkoittanut kasvavia paikallisia eroavaisuuksia. Kuntien taloudelliset resurssit vaihtelevat suuresti. Kunnat voivat ostaa palveluita alueilta tai muista kunnista, tai yksityisiltä palveluntuottajilta. On myös mahdollista, että kunta tuottaa itse palvelut. Kokonaisuudessaan kilpailu on kasvanut. Jotkut yksityiset palvelun tuottajat panostavat esimerkiksi erityisesti avohoittoon. On mahdollista, että hoitomarkkinoita joudutaan tulevaisuudessa säätelemään, jos paikalliset erot palveluiden tarjonnassa ja laadussa kasvavat liian suuriksi. (Pedersen 2007.)

Sekä Norjassa että Tanskassa tilaaja-tuottajamallin läpimurto ainakin aluksi tarkoitti sitä, että julkisen sektorin rooli palveluiden tuotannossa kasvoi. Tanskassa vuoden 2007 hallinnon hajauttamisella oli sitten päinvastainen vaikutus. Muutos on joka tapauksessa ollut iso.

Päihdepalvelut

Päihdepalveluja koskevat rekisteripohjaiset tiedot ovat riittämättömiä kuvaamaan kattavasti päihdepalveluiden kehitystä. Yhteistä on ollut se, että opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpito-hoidon kasvu on ollut dramaattista viimeisen kymmenen vuoden aikana sekä Suomessa, Norjassa että Ruotsissa. Norjassa korvaushoitoa saa tällä hetkellä noin 5 000 henkilöä, Ruotsissa noin 3 100 ja Suomessa noin 1 200. Tanskassa, missä korvaushoidolla on muita Pohjoismaita pitempi historia, korvaushoidossa on noin 7 000 henkilöä (Skretting & Rosenqvist 2009). Peliriippuvuus on uusi ongelma. Hoito on vasta kehittymässä, ja esimerkiksi Ruotsissa valtion kansanterveyslaitos antaa tilapäisesti vielä vuonna 2010 erikoistukea sen kehittämiseksi. Myös Suomessa peliriippuvaisten hoitoa kehitetään valtion erityisrahoituksen turvin.

Ruotsissa avohoidon ja asumispalveluiden rooli on kasvanut viimeisten 10–15 vuoden aikana, kun taas pitkäkestoisen laitoshoidon merkitys palvelujärjestelmässä on vähentynyt. (Socialstyrelsen 2009). Mielenkiintoista on, että pakkohoito ei ole vähentynyt. Tämä liittyy pitkälti valtion pakkohoitoon ohjaamien resurssien lisääntymiseen. Varhaiset, ennaltaehkäisevät toimenpiteet ovat yksi painopiste. Kansallinen alkoholin riskikulutusprojekti on saanut paljon resursseja. Tukea ja hoitoa varsinkin päihdeongelma-perheissä kasvaville lapsille ja nuorille on myös korostettu (Socialstyrelsen 2010).

Norjassa toimenpiteiden rekisteröinti on hallinnon uudistuksen jälkeen edelleen puutteellista. Uudistuksen jälkeen laitoshoidon määrä ei ainakaan ole muuttunut, mutta näyttää siltä, että hoitojaksot ovat lyhentyneet ja painopiste on siirtynyt jonkin verran avohoittoon. (Iversen et al. 2009; Skretting 2010.)

Tanskassa alkoholi- ja huume-hoidon integroituminen on kasvanut, eritoten pienissä kunnissa. Laitoshoidoa, joka tähtää huumeettomuuteen, on liian vähän suhteessa sen kysyntään. Sen sijaan huumeiden käyttäjien avohoido on lisääntynyt. Paljon resursseja on sijoitettu viime aikoina nuorten päihteidenkäyttäjien hoitoon. (Pedersen 2010.)

Pohjoismaiset mallit ja yhteistyön tarve

Pohjoismaiset päihdepalvelujärjestelmät ovat monimutkaisia ja niiden toimintaa on hankala kuvata. On siksi myös vaikea esittää palvelujärjestelmässä tapahtuneita yleisiä muutoksia. Viime kädessä näyttäisikin siltä, että muutokset hoidon sisällöissä eivät ole kovin dramaattisia. Suurin haaste päihdehuoltojärjestelmän kannalta on kasvava tietoisuus siitä, että useammat väärinkäyttäjät toipuvat ilman päihdehuollon ammatitapua, ja että kevyt tuki oikeaan aikaan voi olla ratkaiseva. On todennäköistä, että tämä johtaa kasvavaan tarpeeseen mobilisoida perustason terveyden- ja sosiaalihuoltoa päihdeongelmien kohtaamisessa.

Vaikka Tanskassa hoitovastuu on nyt kunnilla, on hallinnon hajauttaminen tapahtunut samaan aikaan kun päihdehuollon resurssit ovat lisääntyneet. Samalla myös alueiden sairaaloiden antama päihdehoito on saattanut jonkin verran pehmentää paikallisia eroja. Norjassa ja Ruotsissa valtiolla on tärkeä rooli hoidon kokonaisuudessa; Norjassa yrityksenä, Ruotsissa perinteisen hyvinvointijärjestelmän mallin mukaisesti. Kaikissa maissa ratkaisut osoittavat, että hallinnon hajauttamisen ilman korvamerkittyä rahaa tai valtion/alueiden tukea on katsottu olevan kohtalokasta etenkin syrjäytyneiden päihdeongelmaisten kannalta.

Missään Pohjoismaassa päihdehuolto ei ole integroitunut psykiatriaan, vaikka kosketuspintoja on. Norjan hallinnonuudistuksessa korostettiin, että päihdehuolto halutaan säilyttää itsenäisenä moniammattillisena toimintana. Tanskassa on pikemmin tapahtunut de-medikalisaatio, kun vastuuta on siirretty kunnille. Ruotsissa keskustellaan tällä hetkellä päihdepalveluiden terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltohaarojen yhdistämisestä, ei liittymisestä psykiatriaan.

Alalla on vähän Pohjoismaista yhteistyötä, vaikka paljon samantyyppisiä kokemuksia ja keskustelua onkin olemassa. Hoidon laadun takaaminen on yksi yhteinen huoli. Ainakin Tanskassa, Ruotsissa ja Suomessa kehitellään erikseen päihdehuollon indikaattoreita. Näyttöön perustuvan hoidon käyttöönotto ja sen rajoitukset ovat toinen ajankohtainen asia. On myös keskustelua, jotka koskevat joitakin erityisryhmiä ja sitä, miten näihin ryhmiin kuuluvat saisivat asianmukaista hoitoa. Mini-interventio -projekteja on käynnissä etenkin Ruotsissa ja Suomessa, ja alkoholin riskikulutuksen rajat ovat kaikille Pohjoismaille yhteisiä keskusteluaiheita. Kaksoisdiagnoosit tai ”yhteissairastuminen” (”samsjuklighet” Ruotsissa) on saanut paljon huomiota ainakin Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa. Raskaana olevien naisten pakkohoito on ajankohtainen kysymys Ruotsissa, Tanskassa ja Suomessa. Yhteisiä keskustelunaiheita ovat myös hoidon järjestämiseen ja ohjaukseen liittyvät asiat. Tilaa-tuottajamallia on kokeiltu kaikissa Pohjoismaissa, ainakin paikallisesti. Myös hoitotakuu on otettu ainakin osittain käyttöön kaikissa Pohjoismaissa.

Päihdeongelmien luonteen takia on luonnollista, että on suuria kansallisia, alueellisia ja paikallisia eroja. Mitään mallia ei voi suoraan tuoda toiseen maahan tai kuntaan. Parantamalla pohjoismaista yhteistyötä olisi kuitenkin mahdollista käyttää toisten kokemuksia ja tietoja hyväksi myös Mieli-suunnitelman toteutuksessa.

3 Miten suunnitelma on otettu vastaan?

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on saanut kentällä kiinnostuneen, vaikkakaan ei ristiriidattoman vastaanoton. Vuoden 2009 keväällä THL:n tekemän, mielenterveys- ja päihdetyön toimijakentälle suunnatun webropol-kyselyn tulokset toisaalta vahvistivat Mieli 2009 -työryhmän esille nostamia painopisteitä, mutta samalla toivat esille myös huolia suunnitelmassa esitettyjen muutosehdotusten vaikutuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen tasapainoon sekä päihdeongelmaisten hoitopääsyn matalakynnyksisyyden säilymiseen. Lisäksi suunnitelmasta on saatu palautetta THL:n johdon vuoden 2009 aikana toteuttamasta 24 suurimman kunnan kuntajohdon tutustumiskierrokselta, erilaisista ammatti- ja järjestölehdistä sekä vuoden 2009 Päihdebarometrissa.

3.1 Toimijakentälle suunnattu kysely toimeenpanosta keväällä 2009

Airi Partanen, Veijo Nevalainen, Maritta Vuorenmaa, Kristian Wahlbeck

THL käynnisti mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa koskevan tiedotuksen lähettämällä keväällä 2009 sähköisen tiedotekirjeen, jonka yhteydessä vastaajia pyydettiin antamaan palautetta suunnitelmasta webropol-lomakkeella tarkemman toimeenpanosuunnitelman valmistelua varten sekä esittämään näkemyksiään mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta. Kyselyssä pyrittiin selvittämään mielenterveys- ja päihdesuunnitelman joidenkin ehdotusten merkityksellisuyttä, suunnitelman ehdotusten käytäntöön viemisen käynnistymistä sekä palautetta mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa varten.

Vastauksia kyselyyn saatiin 246. Vastausprosenttia ei ole mahdollista arvioida, koska sähköinen tiedotekirje oli lähetty hyvin laajalla jakelulla kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluihin, kansalais- ja ammattijärjestöille, oppilaitoksille, yliopistoihin, sekä valtionhallinnon eri sektoreille. Aineiston analysoinnissa ei myöskään ole käytetty tilastollisia testejä, vaan tulokset ja johtopäätökset on esitetty aineiston frekvenssijakaumien ja ristiintaulukoinnin pohjalta muodostuvien arvioiden pohjalta. Monivalintakysymysten vastauksia on tarkasteltu kokonaisuuden lisäksi taustatahojen tyyppien sekä vastaajien postiosoitteiden mukaisten kuntien asukaslukujen mukaan. Raportissa on esitetty joitakin suoria lainauksia kyselyyn osallistuneiden avovastauksista, ja niissä on korjattu selkeät kirjoitusvirheet.

Kyselyssä kerättyjen taustatietojen mukaan puolet vastaajista edusti joko kuntia (37 %) tai kuntayhtymiä (16 %). Kansalaisjärjestöjen edustajia oli vajaa viidennes (19 %). Palveluiden tuottajiksi luokiteltavia tahoja oli kymmenen prosenttia, kun niihin luokiteltiin sellaiset vastaajat, joiden taustatahon toiminta huomattavalta osin voitiin määritellä palveluiden tuottamiseksi. Puolet näistä oli päihdepalveluja tuottavia yksiköitä, puolet yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdetyön yksiköitä. Muita vastaajatahoja oli yhteensä 17 prosenttia, kuten valtionhallinnon edustajia (5 %), kehittämis- ja osaamiskeskusten, ammattijärjestöjen, oppilaitosten, ja elinkeinoelämän edustajia. Vastaajina oli myös muutamia yksityisiä henkilöitä.

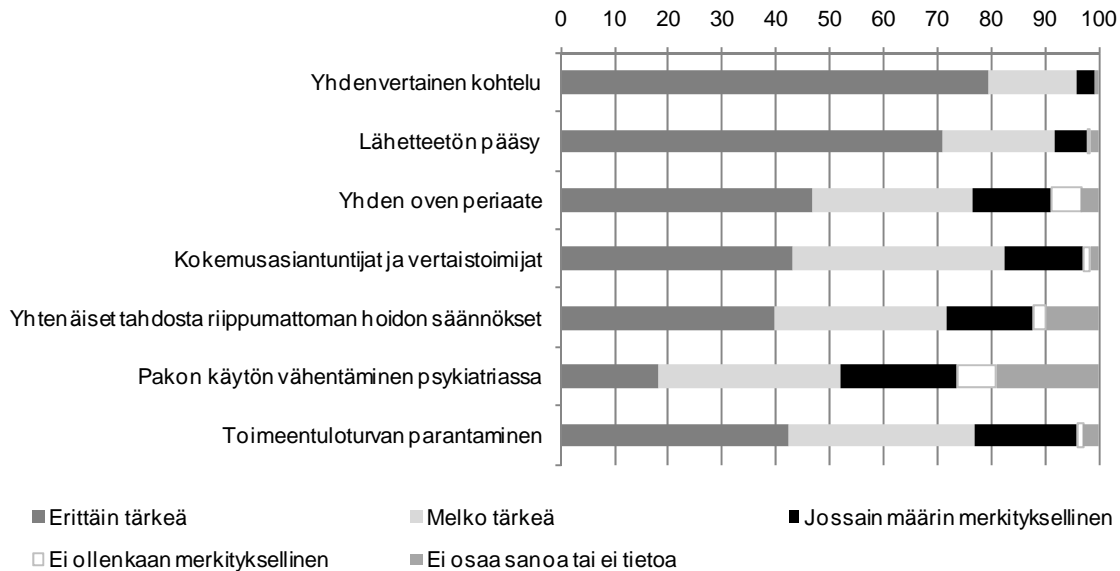
Kaikkiaan kolmannes (34 %) edusti yleistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ja viidennes joko päihdetyötä (21 %) tai yhdistettyä mielenterveys- ja päihdetyötä (23 %). Mielenterveystyötä edusti kahdeksan prosenttia. Muita aloja edusti 14 prosenttia, joissa oli mukana muun muassa lasten- ja nuorten palveluiden, työterveyshuollon, kriminaalihuollon sekä valtionhallinnon, tutkimuksen ja kehittämistyön edustajia. Kunta- tai kuntayhtymien edustajat olivat pääosin yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon edustajia (45 %) tai yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajia (25 %), kun taas kansalaisjärjestöjen edustajat painottuivat päihdepalveluiden (34 %) ja muiden tahojen (28 %) edustajiin.

Postitoimipaikan mukaan noin kolmannes vastaajien taustatahoista sijaitsi kunnissa, joissa oli joko alle 20 000 asukasta (35 %) tai yli 100 000 asukasta (31 %), runsas viidennes 20 000–99 999 asukkaan kunnissa (21 %), ja 12 prosenttia ei ollut ilmoittanut postitoimipaikkaa.

3.1.1 Tulokset

Asiakkaan asema

Kaikkein tärkeimmiksi keinoiksi asiakkaan aseman vahvistamisessa vastaajat arvioivat mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisen kohtelun sekä lähetteettömän palvelujärjestelmään pääsyn varmistamisen (kuvio 4). Eniten epävarmuutta näkyi suhtautumisessa pakon käytön vähentämiseen psykiatrisessa sairaalahoitossa.



Kuvio 4. Asiakkaan aseman vahvistaminen (%).

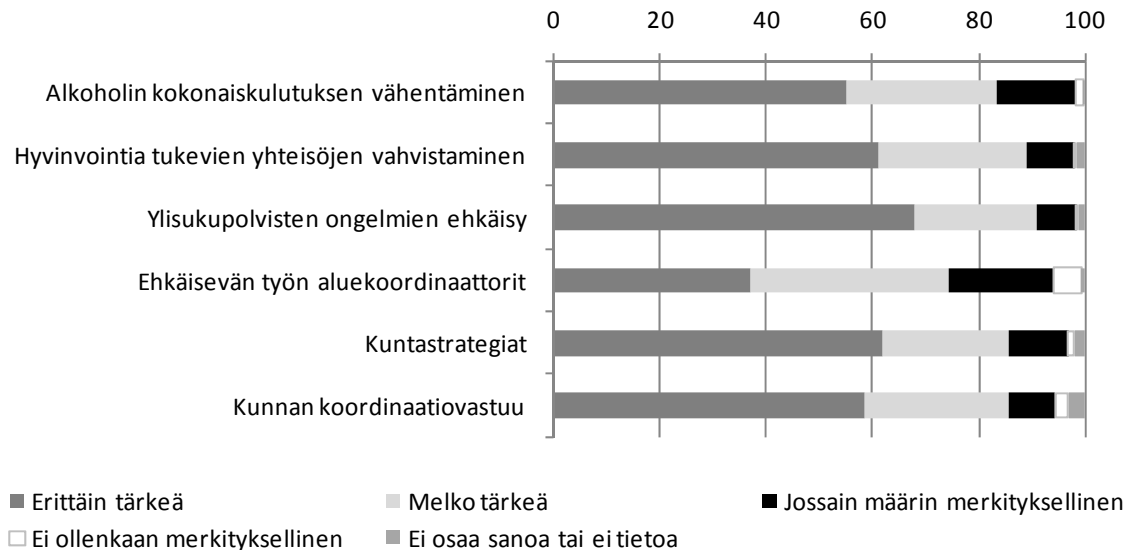
Yhdenvertaista kohtelua, lähetteetöntä palvelujärjestelmään pääsyä sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoiminnan kehittämisen merkitystä korostivat erityisesti päihdetyön sekä yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat. Yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdepalvelujen edustajat painottivat myös muita enemmän yhden oven periaatetta ja tahdosta riippumatonta hoitoa koskevien säännösten yhdenmukaisuutta mielenterveys- ja päihdehuoltolaissa. Pakon käytön vähentämistä psykiatrisessa sairaalahoitossa pitivät tärkeimpänä mielenterveystyön sekä yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat. Mielenterveystyön, päihdetyön sekä yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat painottivat muita enemmän toimeentuloturvan parantamisen tärkeyttä.

Kuntien, kuntayhtymien, järjestöjen, palveluiden tuottajien sekä muiden tahojen edustajien näkemyksissä oli nähtävissä myös joitakin pieniä eroja. Kunnat ja kuntayhtymät pitivät lähetteetöntä pääsyä tärkeänä harvemmin kuin muut tahot, kun taas palveluiden tuottajat näkivät yhden oven periaatteen vähemmän tärkeäksi kuin muut. Kokemusasiantuntijoiden tärkeyttä korostivat erityisesti kuntien ja kuntayhtymien sekä palveluiden tuottajien edustajat. Palveluiden käyttäjät näkivät yhtenäiset tahdosta riippumattoman hoidon säädökset hieman tärkeämmiksi kuin muut. Järjestöt pitivät puolestaan toimeentuloturvan parantamista tärkeämpänä kuin muut.

Asiakkaan aseman vahvistamisen keinoissa oli vain vähäisiä kunnan kokoon liittyviä eroja. Yhden oven periaatetta pidettiin useammin tärkeänä alle 20 000 asukkaan kunnissa kuin muun kokoisissa kunnissa. Pienemmissä kunnissa nähtiin myös yhtenäiset tahdosta riippumattoman hoidon säädökset hieman tärkeämmiksi kuin suurimmissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa. Suurimmissa kunnissa puolestaan taas nähtiin toimeentuloturvan parantaminen tärkeämmäksi kuin pienemmissä kunnissa.

Ehkäisevä ja edistävä työ

Edistävän ja ehkäisevän työn osalta ei suuria eroja ollut nähtävissä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitettyjen ehdotusten välillä. Vahvimmin näytettiin tukevan ylisukupolvisten ongelmien ehkäisyn kehittämistä, ja ehkäisevän työn vahvistaminen alueellisten koordinaattoreiden työn avulla nähtiin hieman muita keinoja vähemmän merkitykselliseksi (kuvio 5).



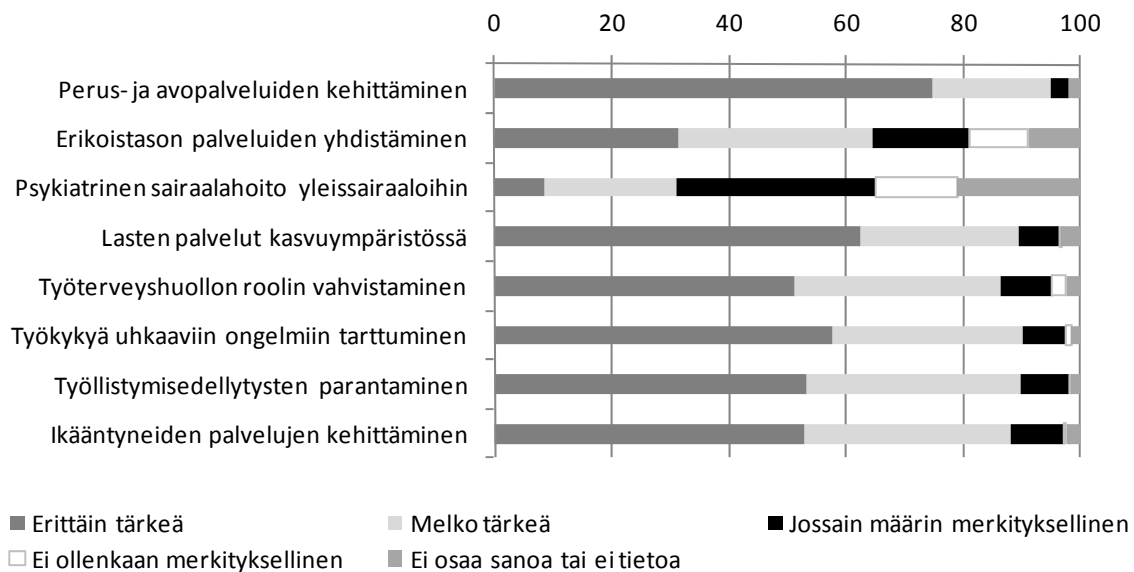
Kuvio 5. Mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen sekä sairauksien, ongelmien ja haittojen ehkäisy (%).

Päihdetyön edustajat painottivat muita enemmän alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämisen tärkeyttä. Hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistamista painottivat erityisesti sekä päihdetyön että yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat. Yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat näyttivät painottavan muita hieman enemmän ylisukupolvisten ongelmien ehkäisemisen tärkeyttä. Mielenterveystyön edustajat puolestaan näkivät ehkäisevän työn aluekoordinaattoreiden merkityksen muita vähäisempänä.

Vastaajien käsityksissä näkyi vain vähäisiä eroja taustatahojen tyyppien tai kunnan koon mukaan. Palveluiden tuottajat painottivat hieman muita enemmän alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä ja hyvinvointia tukevien yhteisöjen kehittämistä. Järjestöjen näkökulmasta ehkäisevän työn aluekoordinaatiolla ja kuntastrategioilla näytti olevan vähemmän merkitystä kuin muiden tahojen vastausten mukaan. Ehkäisevän työn aluekoordinaatiolla nähtiin pienemmissä kunnissa hieman suurempi merkitys kuin suurimmissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa.

Palvelujärjestelmän kehittäminen

Palvelujärjestelmän kehittämisessä tärkeimmäksi nähtiin avo- ja peruspalveluiden kehittäminen. Eniten epävarmuutta näkyi suhtautumisessa erikoistason avomuotoisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämiseen sekä psykiatrisen sairaalahoidon liittämiseen yleissairaaloiden yhteyteen (kuvio 6).



Kuva 6. Mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittäminen (%).

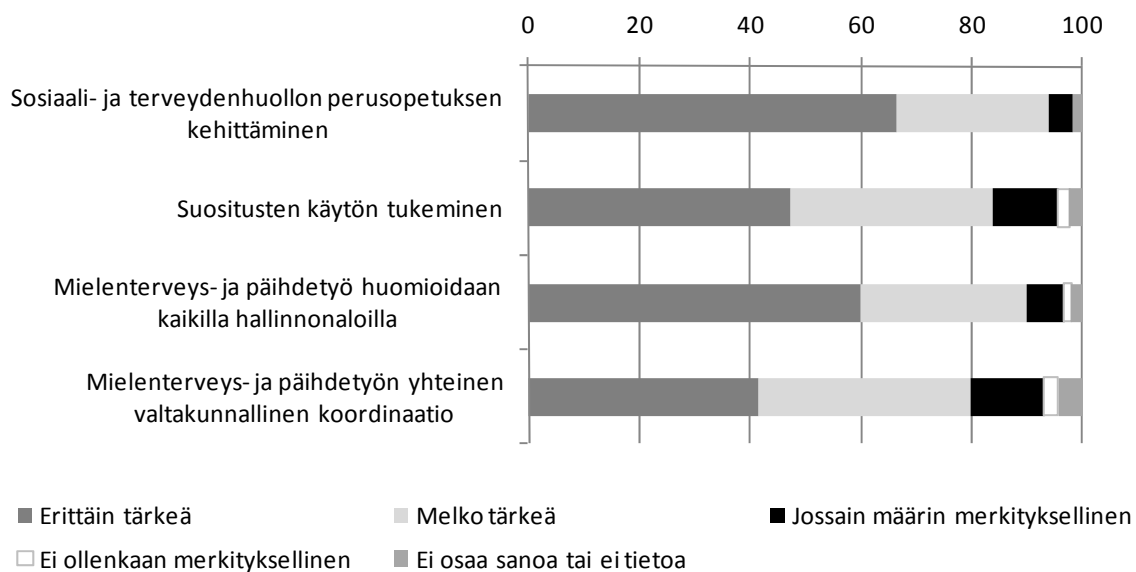
Mielenterveystyön sekä yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat korostivat muita enemmän perus- ja avopalveluiden kehittämistä. Yleisen sosiaali- ja terveydenhuollon edustajat painottivat kunnan koordinoitavuutta jossain määrin vähemmän kuin mitkään muut tahot. Yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön sekä yleisen sosiaali- ja terveystoimen edustajat pitivät erikoistason avohoidon palveluiden yhdistämistä tärkeämpänä kuin muiden tahojen edustajat ja vähiten merkityksellisenä sitä pitivät päihdetyön edustajat. Mielenterveystyön sekä yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajien mielipiteet jakautuivat kahtia psykiatristen sairaalapalvelujen siirtämisestä yleissairaaloitten yhteyteen, kun taas huomattava osa muista tahoista ei ollut ottanut asiaan kantaa. Päihdetyön edustajat korostivat erityisesti työkykyä uhkaaviin ongelmiin puuttumista ajoissa.

Taustatahojen tyyppien tai kunnan koon mukaan näytti olevan joitakin eroja. Kunnat ja kuntayhtymät painottivat perus- ja avopalvelujen kehittämistä, erikoistason palveluiden yhdistämistä sekä lasten palveluiden kehittämistä heidän omassa kehitysympäristössään hieman enemmän kuin muut tahot. Palveluiden tuottajat puolestaan näkivät työterveyshuollon roolin vahvistamisen sekä työllistymisedellytysten parantamisen jonkin verran merkityksellisempänä kuin muut.

Kunnan koordinaatiovastuuta painotettiin erityisesti suurissa, yli 100 000 asukkaan kunnissa. Erikoistason avopalveluiden yhdistämistä korostettiin eniten alle 20 000 asukkaan kunnissa, mutta työterveyshuollon rooli nähtiin niissä muita kuntia harvemmin tärkeänä. Lisäksi lasten ja nuorten hoitamista omassa kasvuympäristössään sekä ikääntyneiden palveluiden kehittämistä pidettiin pienemmissä kunnissa tärkeämpänä kuin kaikkein suurimmissa kunnissa.

Ohjauskeinot

Ohjauskeinojen osalta vastauksissa ei näkynyt suuria eroja (kuvio 7). Muita hieman vähemmän merkityksellisenä nähtiin mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisen koordinaation yhdistäminen.



Kuvio 7. Ohjauskeinojen kehittäminen (%).

Yhdistetyn mielenterveys- ja päihdetyön edustajat painottivat muita enemmän perusopetuksen kehittämistä. Kuntien ja kuntayhtymien edustajat painottivat suositusten käytön edistämistä ja seuraamista vähemmän kuin muut tahot. Vastaajien näkemyksissä oli vain vähäisiä eroja taustatahotyypin ja kuntien koon mukaan. Suositusten käytön tukeminen nähtiin järjestöissä hieman muita harvemmin merkityksellisenä tai tärkeänä, kun taas suurissa kunnissa ne nähtiin hieman tärkeämmiksi kuin pienimmissä kunnissa.

Miten osallistuu toimeenpanoon?

Valtaosa vastaajista (74 %) ilmoitti jollain lailla osallistuvansa suunnitelman toimeenpanoon. Monet vastaajista olivat esittäneet vain lyhyen, yleisen kommentin, mutta joissakin vastauksissa oli esitetty myös monipuolisempia pohdintoja vastaajan taustatahon toimenpiteistä. Useimmat esittivät varsin yleisiä (42 %) toimenpiteitä. Asiakkaan asemaa koskevia toimenpiteitä esitti kahdeksan prosenttia vastaajista, ehkäisevää työtä koskevia 13 prosenttia, palveluita koskevia 22 prosenttia ja ohjauskeinoja koskevia myös 22 prosenttia. Kunnat tai kuntayhtymät toivat esille erityisesti palveluiden kehittämiseen liittyviä toimintoja, järjestöt puolestaan asiakkaan asemaan tai yleisesti ohjauskeinoihin liittyviä toimintoja.

Yleisistä toimenpiteistä monissa vastauksissa todettiin lähinnä vain yleisesti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman huomioon ottaminen vastaajan toiminnassa. Toimeenpanoa konkretisoitiin kuitenkin myös mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamisena meneillään tai suunnitteilla olevassa hankkeessa, tai sen esillä pitämisenä yhteistyössä eri tahojen kanssa tai erilaisissa työryhmissä.

Asiakkaan aseman osalta nostettiin esille erityisesti omakohtaisen kokemuksen merkitystä julkisen palvelujärjestelmän palveluiden rinnalla. Lisäksi vastauksissa korostettiin kokemustiedon dokumentointia ja tarvetta sitä koskevan tiedon saamiseen tutkimuksen kautta kehittämiseen.

”Järjestömme on kokemusasiantuntijoiden oma järjestö, joten mielenkiintomme kohdistuu erityisesti kokemusasiantuntemuksen keräämiseen ja kokemustiedon jakamiseen. Olemme jo ottaneet strategiseksi tehtäväksemme kerätä kokemustietoa, analysoida sitä ja tuottaa sitä muiden käyttöön. Meidän on kuitenkin aloitettava monessa suhteessa lähes nollasta – pohdittava, mitä kokemustieto on (minkä kokemuksen tietoa), miten sitä voidaan kerätä ja miten siitä saadaan yleistettävää ja muiden hyödynnettävissä olevaa tietoa. Järjestöllinen tehtävämme on myös vaikuttaa kokemustiedolla ja toimia kokemusasiantuntijoiden ja -asiantuntijuuden edunvalvojina. Olemme hyvin iloisia kokemusasiantuntijuuden esiin ottamisesta

Mieli -hankkeessa ja toivomme, että ainakin tältä osin suunnitelman ehdotukset otetaan toissaan.” (Kansalaisjärjestö.)

Ehkäisevän työn osalta nostettiin useimmiten esille strategiatyö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma pyrittään huomioimaan kunnan oman strategian valmistelussa tai olemassa olevan strategian päivittämisessä. Muutamia mainintoja oli myös alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämisestä ja yhteisöllisestä kehittämisestä.

Palvelujärjestelmän kehittämiseen liittyvät vastaukset koskivat useimmiten avohoidon kehittämistä tai yleistä alueellista kehittämistä. Osa avohoidon kehittämistä koskevista vastauksista oli hyvin konkreettisia, kuten viittauksia päihde- ja mielenterveyshoitajan toimen perustamiseen. Joissakin vastauksissa avohoidon kehittämisestä esitettiin kriittisiä huomioita. Palvelujärjestelmän osalta oli useampia mainintoja myös yhdistettyä erikoistason avohoitoyksikköä, palveluiden koordinaatiota tai työterveyshuollon kehittämistä koskevista toimeenpanosuunnitelmista. Vastauksissa nostettiin esille rakenteiden kehittämisen rinnalla myös osaamisen kehittäminen.

”Meillä jo käytössä muutaman vuoden ajan yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut. Vaikka palvelut ns. saman katon alla, niin ei se yksistään riitä, vaan tarvitaan yhteistä kulttuuria ja yhteistyötä. Monet asiat tulevat mietittäväksi uudelleen, miten löytää yhteiset työtavat, kulttuurit, viitekehykset yms.?” (Kunta.)

Ohjauksen osalta nostettiin esille erityisesti viestintään ja tiedon tuottamiseen sekä koulutukseen ja opetuksen kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä.

Muuta palautetta

Kaikkiaan 62 prosenttia vastaajista antoi myös muuta palautetta suunnitelmasta. Joka kymmenes (11 %) totesi suunnitelman lähtökohtaisesti olevan hyvä, vaikkakin monien vastauksiin liittyi samalla myös erilaisia varauksia tai täsmennyksiä, kuten somaattisen hoidon tarpeen huomioimista.

Joka kolmas vastaajista esitti kommentteja tai ehdotuksia toimeenpanosuunnitelmaa varten (34 %). Kommenteista monet liittyivät toimeenpanosuunnitelman konkreettisuuden toiveeseen. Sen toivottiin sisältävän esimerkiksi hyvien käytäntöjen kuvauksia ja selkeästi ohjaavia suosituksia. Lisäksi nostettiin esille ehdotuksia tiedotuksesta ja seurannasta. Toimeenpanosuunnitelmalta toivottiin usein myös sitovuutta, vaikka joissakin kommentteissa painotettiin myös alueellisten erityispiirteiden huomioimista.

Kommenteissa tehtiin ehdotuksia myös siitä, keitä toimeenpanosuunnitelman valmistelussa pitäisi kuulla tai kenen vastuulla toimeenpanon tulisi olla. Laaja-alainen valmistelu nähtiin tärkeäksi. Ehdotuksissa nostettiin erityisesti esille omaa kokemusta omaavien suoraa kuulemista toimeenpanosuunnitelman valmistelussa. Mukana oli myös alkuperäisen suunnitelman ehdotuksiin liittyviä konkretisointeja tai vahvistuksia suunnitelman linjauksien toteuttamiseksi sekä yksityiskohtaisia ehdotuksia eri ammattiryhmien rooleista palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

”– psykologitoimintaa voisi saada lähemmäs ydinprosesseja siten, ettei psykologi ole pelkästään omassa työhuoneessa yksilövastaanottoja tekevä henkilö, vaan esimerkiksi ottaa yhdessä lääkärin ja mahdollisesti muunkin moniammatillisen tiimin kanssa vastaan ongelmallisimmiksi osoittautuneita tapauksia.” (Muu, ammattijärjestö.)

Kriittisiä tai epäileviä kommentteja mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistämisestä toi esille 18 prosenttia vastaajista. Osa kriittisistä kommentteista perustui kokemuksiin mielenterveys- ja päihdetyön yhdistämisestä. Huolta koettiin erityisesti päihdepalveluiden kapeutumisesta ja medikalisaation lisääntymisestä, sosiaaliryöön heikosta huomioonottamisesta sekä mielenterveys- tai päihdeongelmaisten erillisten tarpeiden huomiotta jäämisestä mielenterveys- ja päihdetyön yhdistymisen yhteydessä. Päihdepalvelujen osalta huolena oli päihdehoidon kapeutuminen, nykyisen A-klinikoille tapahtuvan läheteettömän suoraan hoitopäätöksen vaikeutuminen tai jopa päihdehoidon häviäminen.

”Olen erityisen huolissani ajatuksesta yhden oven periaatteella toimivasta päivystyksestä, joka sijoitettaisiin terveysasemille. Paikkakunnat, joissa on A-klinikka, päivystys toimii jo nyt varsin joustavasti ilman ajanvarausta ja ilman lähetettä. En liioin näe järkevänä, että häivytetään erityisyksiköt yhden yksikön kokonaisuudeksi. Pelkään, että samalla katoaa erityisosaaminen, jos ei siitä kanneta suurta huolta. Olen myös huolissani sosiaalityön osuudesta. Sosiaalityössä on aina huomioitu ihmisen kokonaistilanne, päihdeongelmat osana elämää. Jääkö sille enää uusissa suunnitelmissa tilaa?? Medikalisoituuko päihdehuolto entistäänkin?” (Kunta.)

Sosiaalityön näkyvyys suunnitelmassa nähtiin vähäisenä. Joissakin vastauksissa tuotiin esille huoli sosiaalityön jäämisestä toissijaiseksi palvelujärjestelmän kehittämisessä ja sen myötä tapahtuvaa palveluiden yksipuolistumista, ja korostettiin sosiaalityön rinnastamisen tärkeyttä terveydenhuollon rinnalla.

”Mielelläni näkisin toimeenpanosuunnitelmassa aukikirjoitettuna todella selkeästi se, että sekä sosiaalipalvelut ja terveyspalvelut ovat yhtä tärkeitä näiden palvelujen yhdistämisessä. Koska kyseessä on laajasta hyvinvointiin tähtäävien palvelujen rakennemuutoksesta, niin mielestäni on tärkeä tuoda tämä esille selkeästi. – –” (Kunta.)

Asiakasnäkökulmasta nostettiin esille mielenterveys- ja päihdeongelmaisten erityistarpeiden huomioimisen tarve. Palautteissa tuotiin esille myös sitä, että kyse on kuitenkin edelleen kahdesta erityyppisestä asiakasryhmästä, joita varten on olemassa omat menetelmänsä. Joissakin vastauksissa oltiin huolissaan myös lääkkeiden päihdekäytön lisääntymisestä, mikäli päihdehoito on osa mielenterveyspalveluja. Toistensa osaamisen tiedostaminen ja ymmärtäminen nähtiin tärkeäksi, mutta kummallakin osaamisalueella nähtiin tärkeäksi säilyttää erityisosaaminen.

”Päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhdistäminen yhdeksi kokonaisuudeksi on käsitteäkseni erittäin vaikeasti toteutettavissa niin kauan kuin alalla vaikuttaa kaksi jo lähtökohdiltaan hyvin erilaista professiota ja on erillinen lainsäädäntö. Olisiko realistisempaa tarkastella, mikä osa päihdehuollosta olisi syytä siirtää terveydenhuoltoon ja mikä osa mielenterveyspalveluista olisi mahdollisesti syytä siirtää nykyistä selkeämmin sosiaalihuoltoon (esim. pitkäaikaispotilaiden tuki- ja asumispalvelut)?” (Muu, valtionhallinto.)

Joka kymmenes (10%) kyselyyn osallistuneista nosti esille resurssien tarpeen suunnitelman toteutumisen onnistumisessa. Erityisesti oltiin huolissaan siitä, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoa ohjaa ensisijaisesti tavoite säästää yhteiskunnan kustannuksia. Lisäksi nostettiin esille tarve saada kunnille lisäresursseja palveluiden kehittämiseen. Suunnitelman taustalla nähtiin olevan voimakkaasti myös taloushallinnolliset näkökulmat, eikä niinkään aito pyrkimys parantaa päihde- ja mielenterveysongelmaisten asemaa yhteiskunnassa.

Erityyppisiin asiakasryhmiin liittyviä erityishuomioita nosti esille joka kymmenes (10 %) vastaajista. Niissä painotettiin erityisesti perhe- ja omaisnäkökulmaa sekä hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia asiakkaita sekä joitakin erityisryhmiä. Muita, hyvin yleisen tason kommentteja oli kaikkiaan 18 prosentilla kaikissa vastaajista.

”Asia on erittäin tärkeä, koska moniongelmaisia asiakkaita on jokaisella terveydenhuollon saralla vauvasta vaariin. Päihde- ja mielenterveystyö niinkuin kaikki terveysvalistus ja ennaltaehkäisevä työkin tulisi lähteä liikkeelle jo äitiysneuvolasta perhetyönä sieltä siirtyen lastenneuvolaan/päivähoitoon, sieltä kouluterveydenhuoltoon ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Jatkossa työterveyshuolto/työttömät, aikuisneuvonta, seniorineuvonta, kotisairaanhoido jne. Tulisi pyrkiä saumattomaan hoitoketjuun asiantuntijoiden yhteistyöllä aina asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Moniammatillisuus ja yhteistyön kehittäminen tärkeää.

Moniongelmaisten palveluohjaus ja koordinaattorit tähän tehtävään ovat kunnissa tulevaisuudessa tärkeitä.” (Kunta.)

3.1.2 Pohdintaa suunnitelman vastaanotosta webropol-kyselyn pohjalta

Keväällä 2009 tehdyn webropol-kyselyn vastaajat edustivat pääosin kuntia ja kuntayhtymiä, joten vastaukset painottuvat julkisen sektorin näkemyksiin. Päihdetyön edustajat osallistuivat kyselyyn aktiivisemmin kuin mielenterveystyön edustajat. Kansalaisjärjestöjä edustavien päihdetyön ammattilaisten aktiivinen osallistuminen heijastaa myös päihdepalveluiden puolella järjestöjen ja muiden ei-julkisen sektorin palveluiden tuottajien suurta merkitystä nykyisten päihdehuollon erityispalveluiden tuottamisessa. Järjestöt ja muut ei-julkiset, voittoa tavoittelemattomat palveluntuottajat tuottavat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista. Mielenterveysongelmaisten palveluiden tuottajissa on erityisesti kuntoutus- ja asumispalveluiden osalta runsaasti myös järjestöjä ja ei-julkisia palveluntuottajia, mutta he eivät näyttäneet osallistuneen tähän kyselyyn kovinkaan aktiivisesti. Päihdetyön edustajien aktiiviseen osallistumiseen voi osaltaan vaikuttaa myös se, että päihdetyön edustajat olivat selvästi muita useammin kansalaisjärjestöistä, joiden rooliin luontevasti kuuluu myös vaikuttamistoiminta ja sitä kautta osallistuminen yhteiskunnalliseen keskusteluun. Mielenterveystyötä tai yhdistettyä mielenterveys- ja päihdetyötä edustavat vastaajat olivat useimmiten puolestaan kunnista tai kuntayhtymistä.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma näyttää kokonaisuudessaan saaneen melko myönteisen vastaanoton kyselyyn vastanneiden keskuudessa niin monivalintakysymysten kuin myös avovastausten pohjalta. Sitä pidetään tärkeänä linjauksena, ja vastaajat näyttävät olevan pääosin halukkaita lähtemään toteuttamaan suunnitelmaa. Osa vastaajien taustatahoista näytti myös jo lähteneen toteuttamaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista toimintaa. Kuitenkin toimeenpanosuunnitelman toivottiin tuovan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen lisää konkreettisuutta, nykyistä ohjausta vahvempaa sitovuutta sekä suunnitelman toteuttamiseen liittyviä resursseja. Toimeenpanosuunnitelman valmistelussa korostettiin laaja-alaisuutta, sosiaalityön vahvempaa näkymistä, sekä omaa kokemusta omaavien päihde- tai mielenterveysongelmaisten sekä heidän omaistensa osallistumista suunnitelman toimeenpanoon.

Vastaajat korostivat monivalintakysymyksissä asiakkaan aseman parantamisessa erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaisuutta palvelujärjestelmässä muiden asiakasryhmien kanssa sekä hoitoon pääsyn helppoutta matalakynnyksisen, läheteettömän hoitoon pääsyn muodossa. Hoitoon pääsyn helppouden merkityksellisyys nousi esille myös avovastauksissa, joissa kannettiin huolta esimerkiksi nykyisen, läheteettömän A-klinikkatoiminnan muuttumisesta korkeampikynnyksiseksi.

Avovastauksissa tarkennettiin paljon myös yhden oven periaatetta sekä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden osallistumista koskevia kannanottoja. Vaikka yhden oven periaate pääosin nähtiin ainakin melko tärkeänä asiakkaan asemaa parantavana keinona, yhden oven periaate kirvoitti myös vastaajilta kriittisiä ja täydentäviä kommentteja. Yhden oven periaatteen epäiltiin vaikeuttavan asiakkaiden pääsyä palvelujärjestelmään. Yhden oven takana nähtiin tärkeäksi olla sekä mielenterveys- että päihdetyön omia asiantuntijoita.

Oman kokemuksen omaavien asiakkaiden ja omaisten osallistamista palvelujärjestelmän suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin pidettiin tärkeänä, mutta samalla vastauksissa nousi esille myös tarve lisätä kokemustietoon liittyvää tutkimusta. Tahdosta riippumattomaan hoitoon, pakon käytön vähentämiseen ja toimeentuloturvaan liittyviä avokysymyksistä tulleita lisäkommentteja oli vain yksittäisiä.

Ehkäisevän työn osalta mitään suunnitelmassa esitettyä yksittäistä keinoa ei arvioitu monivalintakysymyksissä muita selvästi merkityksellisemmäksi. Aluekoordinaattoreiden merkityksellisyys arvioitiin hieinan muita merkityksettömäksi. Kunta- tai aluestrategioiden tekeminen näytti kuitenkin olevan yleisimmin toteuttamista koskevissa avovastauksissa esille nostettu kehittämistoiminnan keino. Ehkäisevää työtä tai sen erilaisia menetelmiä sellaisenaan ei paljoakaan nostettu esille avoimessa palautteessa. Kommenteissa viitattiin lähinnä sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien ehkäisemiseen painottamalla perhetyön tärkeyttä, ja yksittäisiä mainintoja oli alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämisestä, hyvinvointia tukevien yhteisöjen kehittämisestä sekä aluekoordinaattoreista.

Palvelujärjestelmän kehittämisen keinoista pidettiin monivalintakysymyksissä merkityksellisimpänä avo- ja peruspalveluiden kehittämistä. Eniten epävarmuutta liittyi erikoistason avohoidon yhdistämiseen sekä psykiatrisen sairaalahoidon siirtämiseen yleissairaaloiden yhteyteen. Avovastauksissa tuotiin esille avohoidon kehittämiseen, yleiseen alueelliseen kehittämiseen, palveluiden koordinaatioon, yhdistetyn erikoistason avohoitoyksikön perustamiseen tai työterveyshuollon kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä. Avoimessa palautteessa kriittisintä palautetta esitettiin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman terveydenhuoltopainotteisuudesta ja sosiaalityön liian vähäisestä huomioon ottamisesta suunnitelman valmistelussa, sekä päihdepalveluiden kapeutumisesta ja päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn vaikeutumisesta, mikäli erikoistason mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoito yhdistetään. Yhdistämisen haasteellisuutta korostettiin monella tavalla – ei vain rakenteellisena yhdistämisenä, vaan myös asenteellisena ja osaamiseen liittyvänä haasteena. Avovastauksissa nostettiin esille myös muun muassa omaisten tuen tarve, sekä joidenkin erityisryhmien palveluiden kehittämisen tarve, kuten peliongelmaisten, vammaisten ja vankien palvelut.

Ohjauksen osalta mikään esitetyistä ohjauskeinoista ei noussut muita merkityksellisemmäksi monivalintakysymyksissä, mutta avovastauksissa nostettiin esille erityisesti viestintään, tutkimukseen, koulutukseen sekä opetuksen kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä. Avoimissa kommentteissa sivuttiin esitettyjä ohjauskeinoja lähinnä painottamalla työntekijöiden asenteiden muokkaamisen merkitystä koulutuksen ja opetuksen kehittämisen kautta. Suositusten sijaan avovastauksissa korostettiin sitovampaa ohjausta sekä resursseja.

3.2 Muuta palautetta

3.2.1 THL:n johdon kuntakerros keväällä ja kesällä 2009

Jouko Lönnqvist

THL:n sosiaali- ja terveystalvet -toimiala toteutti ylijohtaja Marina Erholan johdolla vuoden 2009 aikana kuntakerroksen, joka kohdistui 24 suureen ja keskisuureen kaupunkiin Suomessa (ks. tarkemmin alla). Vuoden 2010 aikana vastaavia vierailuja on jatkettu sairaanhoitopiireihin niin, että keskustelut yliopistollisten sairaanhoitopiirien kanssa toteutuivat talven 2010 aikana. Vierailujen tavoitteena oli muun muassa kuulla alueiden toiveita THL:n suhteen sekä saada tietoa sosiaali- ja terveystalvetuiden rakenteesta ja toiminnasta, ajankohtaisista haasteista sekä tulevaisuuden suunnitelmista. Vierailut ovat onnistuneet hyvin ja ovat olleet antoisia kummallekin osapuolelle. Mielenterveys- ja päihdeasiat yleensä ja erityisesti mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ovat nousseet esille yhtenä teemana lähes kaikissa vierailukohteissa, vaikka vierailuohjelma viritettiin yleiselle järjestelmätasolle ilman fokusointia erityisiin sisältökysymyksiin.

Kunnat, joissa THL:n johto vieraili:

Espoo	Kemi	Lappeenranta	Savonlinna
Helsinki	Kokkola	Mikkeli	Seinäjoki
Hämeenlinna	Kotka	Oulu	Tampere
Joensuu	Kouvola	Pori	Turku
Jyväskylä	Kuopio	Rovaniemi	Vaasa
Kainuun maakunta	Lahti	Salo	Vantaa

Kuntien valtiovalle suunnatut toiveet sisälsivät yleisesti toiveen rohkeista strategisista linjauksista ja pyrkimyksen kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa nykyistä integroidummaksi kokonaisjärjestelmäksi, jota ohjattaisiin nykyistä voimakkaammin ja keskitetysti alueellisina kokonaisuuksina sekä tuettaisiin mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kaltaisilla valtakunnallisilla ohjelmilla.

Mielenterveys- ja päihdetyötä tulisi kuntien edustajien mielestä tehdä läheisessä yhteistyössä kuntien ja kuntajärjestöjen kanssa lähellä niiden arkisia ongelmia ja tukea kuntien kehittämistyötä sellaisten asiantuntijoiden toimesta, joilla on sisällöllistä osaamista ja hyvä tuntuma kuntakenttään. THL:n puolelta tuotiin vierailujen yhteydessä esille systemaattisesti halumme ja mahdollisuutemme tehdä yhteishankkeita sopi-

muksiin perustuen kuntien ja alueiden kanssa, mutta samalla muistuttaen siitä tosiasiaista, että THL ei voi osallistua kehittämistyöhön, joka perustuu julkiseen kilpailuttamiseen.

Useat kunnat toivat esille fokusoidun toiveensa saada tukea nimenomaan mielenterveys- ja päihdepalveluidensa kehittämiseen. THL:n puolelta voitiin tässä yhteydessä viitata jo useissa kunnissa ja useammalla eri alueella syntyneisiin hyviin yhteistyökokemuksiin vuoden 2009 aikana. Mielenterveyteen ja päihdepalveluihin liittyvistä erityisasioista nousivat esille muun muassa moniongelmaiset mielenterveyspotilaat sekä maahanmuuttajien ongelmat, laitoshoidon purkaminen, nuorten syrjäytyminen ja päihdeongelmat, päihdepalveluiden hajanaisuus sekä ylipäättään mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointi.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman sisältö on hyvin linjassa kuntien ja alueiden jo meneillään olevien kehittämishankkeiden ja yleisen kehityssuunnan kanssa. Kaikki haluavat kehittää hyvin toimivia palveluita, joissa asiakkaan asema nähdään tärkeänä. Terveiden edistäminen, myös mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ehkäisy, nähdään strategisesti tärkeinä tavoitteina, mutta konkreettisen toiminnan tueksi tarvitaan sellaisia spesifejä toimintaohjelmia, jotka perustuvat riittävään tietopohjaan, näyttöön ja kokeemukseen. Kuntien toiveet kohdistuvat kuitenkin keskeisesti itse palvelujärjestelmän rakenteen ja prosessien kehittämiseen. Yllättävän voimakkaina tulivat esille myös toiveet keskitetystä informaatio-ohjauksesta, ajantasaisesta tilastotiedosta ja erilaisista päivitetystä toimintaohjelmista. Lisäksi kunnat toivoivat pikaisesti uutta lainsäädäntöä monien nykyisten sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseksi.

Kuntakerrosten ja sairaanhoitopiirivierailujen aikana on THL:n puolelta korostettu sitä periaatetta, että Mieli 2009 -suunnitelma on yleinen puiteohjelma. Sitä ei sellaisenaan markkinoida suoraan toteutettavaksi kentällä. Sen sijaan THL tukee kuntia ja alueita liittämään suunnitelman periaatteita omiin paikallisiin kehittämissuunnitelmiinsa. Tuki voi tarvittaessa rakentua yhteistyöhankkeiksi, joihin sekä THL että kunta/alue panostavat omalta osaltaan tavalla, josta voidaan erikseen sopia.

3.2.2 Päihdebarometri

Airi Partanen

Terveiden edistämisen keskuksen joka toinen vuosi toteuttamassa Päihdebarometrissa pyritään saamaan ajankohtaista, ilmapuntarimaista tietoa päihdealan järjestöiltä ja kunnilta niin päihde-tilanteesta kuin päihdepalveluiden käytöstä sekä ennakoimaan tulevia kehityssuuntia. Vuoden 2009 Päihdebarometri (Järvinen ym. 2009) toteutettiin maaliskuussa juuri mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ilmestymisen jälkeen, mutta ennen kuin THL oli käynnistänyt siihen liittyvää tiedotusta. Tietojen keruu tehtiin puhelinhaastatteluna. Mukana oli sekä kunta- ja palvelurakennemuutostukseen että mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan liittyviä kysymyksiä. Kysymyksiin vastasi 100 kuntavastaajaa ja 37 järjestövastaajaa, ja vastausprosentti oli 76. Päihdebarometri peilaa hyvin päihdealan järjestöjen ja kuntien tietoisuutta suunnitelman olemassaolosta ja sen huomioimista niiden toiminnassa.

Kunta- ja palvelurakennemuutostuksella ei nähty olleen suurta vaikutusta mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Kuntavastaajista 72 prosenttia ja järjestövastaajista 43 prosenttia ei nähnyt kunta- ja palvelurakennemuutostuksen vaikuttaneen mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuuteen. Kuntavastaajat, jotka olivat havainneet muutoksia, näkivät ne yleensä positiivisina, kuten palveluiden laadun tai saatavuuden parantumisena. Palveluja oli myös keskitetty ja järjestetty alueellisina palveluina. Järjestövastaajien kokemukset kunta- ja palvelurakennemuutostuksen vaikutuksista olivat puolestaan negatiivisempia: palvelut olivat heikentyneet ja yhteistyö kuntien kanssa vaikeutunut.

Vaikka mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oli vasta julkaistu, se tunnettiin hyvin. Vain joka viides vastaaja ei tuntenut mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Joka kymmenes kuntavastaaja ilmoitti, että kunnassa tehdään jo mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti työtä yhdistetyssä organisaatiossa, ja noin joka kolmannessa kunnassa tämän suuntainen kehittämistyö oli jo meneillään. Noin kymmenesosassa kunnista oli menossa myös yhdistetyn mielenterveys- ja päihdestrategian valmistelu. Järjestövastaajista 41 prosenttia oli huomionnut mielenterveys- ja päihdesuunnitelman omassa kehittämistyössään.

3.2.3 Katsaus ammattilehdissä suunnitelmasta käytyyn keskusteluun

Kristiina Kuussaari

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009) on herättänyt jonkin verran keskustelua ammattilehdissä. Ammattilehdillä tarkoitetaan tässä erilaisia sosiaali- ja terveydenhuoltoon erikoistuneita julkaisuja. Suunnitelmaa käsitteleviä artikkeleita löytyi yhteensä kymmenen, joista tarkemman analyysin kohteeksi valittiin seitsemän kirjoitusta Sosiaalitiedosta, Tiimistä, Superista, Duodecimista ja Suomen Lääkärilehdestä. Kolmessa tästä analyysistä pois jätetyssä artikkelissa näkökulma oli neutraali ja niissä kuvattiin lähinnä suunnitelman sisältöä. Analyysiin valituista artikkeleista neljä edustaa sosiaalitieteellistä näkökulmaa ja kolmessa näkökulma on hoito- tai lääketieteellinen. Artikkeleista on etsitty kirjoittajien näkemyksiä suunnitelman vahvuuksista ja heikkouksista. Kaikki tekstit on julkaistu suunnitelman julkaisemisen jälkeen vuosina 2009–2010. Kirjoittajat suhtautuivat suunnitelmaan kriittisesti vaikkakin myös positiivisia näkemyksiä nousi esiin. Samoista ehdotuksista saatettiin esittää hyvinkin vastakkaisia mielipiteitä.

Ammattilehtien mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa käsittelevissä artikkeleissa nousi esiin se, että suunnitelmasta puuttuu kokonaan kattava, nykyisen palvelujärjestelmän analyysi. Halutaan muuttaa järjestelmää, mutta tiedossa ei ole mikä nykyisessä palvelujärjestelmässä on toimivaa ja mitkä ovat niitä kohtia, joihin todella tarvittaisiin muutosta. (Heinonen 2009, Hursti ym. 2009.) Esitettiin myös, että "Suunnitelma on tietosisällöltään vanha" (Viinamäki 2009). Lisäksi suunnitelmaa kritisoitiin siitä, että siinä ei ole systemaattisesti esitetty ehdotusten taustalla olevia perusteluja. Suunnitelmaan kaivattiin kaiken kaikkiaan analyttisempää otetta, jotta ongelmien monimuotoisuus olisi saatu tarkemmin esiin (Kananoja 2009). Myös suunnitelmassa käytettyjen käsitteiden määrittelyssä oli toivomisen varaa (Heinonen 2009). Lisäksi suunnitelmaa kritisoitiin siitä, että siinä käsitellään "– – mielenterveys- ja päihdeasioita lähinnä hallinnollisina kysymyksinä." Viinamäki (2009) totesikin työryhmän epäonnistuneen tämän takia. Hänen mukaansa suunnitelmassa olisi paremmin pitänyt huomioida muun muassa hoitotulosten tehostamiseen liittyviä kysymyksiä.

Useissa artikkeleissa pohdittiin suunnitelman toimeenpanoa. Todettiin, että ehdotukset ovat varsin yleisellä tasolla, eikä suunnitelmassa oteta huomioon sitä kuinka niiden käytäntöön vieminen onnistuu (Heinonen 2009). Tarja Boelius (2010) kirjoitti suunnitelman toimeenpanosta seuraavaa: "Pettymys oli myös suuri, kun suunnitelman toimeenpano näyttää jäävän pelkän informaatio-ohjauksen varaan". Esiin nostettiin myös se, että kansallisten ohjelmien toteuttaminen paikallis- tai aluetasolla epäonnistuu usein sen takia, että ohjelmien laatijoilla ei ole riittävästi tuntemusta kentän toiminnasta (Kananoja 2009). Myös rahoituksen tärkeyttä ohjelman toimeenpanossa korostettiin: "Valtion rahoitus suunnitelmien toimeenpanoksi on välttämätöntä. Ilman kohdennettua lisärahoitusta mitään uusia suunnitelmia voidaan tuskin toteuttaa tai nykyistä palvelutasoa edes säilyttää". Esiin nostettiin ajatus siitä, että suunnitelmaa saatetaan kunnissa tulkita myös siten, että se jopa mahdollistaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden supistamisen. (Hursti ym. 2009.)

Onnistuneena ehdotuksena pidettiin asiakkaan aseman vahvistamista. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertainen kohtelu muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmien kanssa nousi ammattilaisten puheenvuoroissa tärkeäksi ja arvokkaaksi ehdotukseksi. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että asiakkaan asemaa vahvistetaan ottamalla kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat aktiivisesti mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Hursti ym. 2009.) Kirjoituksissa, joissa asiakkaan aseman vahvistaminen nousi esiin, sitä pidettiin yksimielisesti tärkeänä eikä vastakkaisia näkemyksiä esitetty.

Ehdotus yhden oven periaatteesta jakoi mielipiteitä. Ehdotusta puolustettiin muun muassa seuraavassa argumentissa: "Suunnitelma helpottaa mielenterveys ja päihdetyön rajojen ylitystä, kun palveluiden piiriin pääsee yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen" (Sajantola 2009). Esiin nostettiin myös se, että mielenterveys- ja päihdetyön rajapinnassa on paljon asiakkaita, joiden hoidossa tarvitaan yhteistä osaamista. Lisäksi todettiin, että päihdetyölle tiivis yhteistyö mielenterveystyön kanssa saattaisi tuoda lisää kaivattuja lääkäriresursseja. (Hursti ym. 2009.) Ehdotus sai kuitenkin myös kritiikkiä osakseen. Esimerkiksi Aulikki Kananoja (2009) puhuu yhden oven sijaan useiden ovien periaatteen puolesta. Näkemystään hän perustelee mielenterveys- ja päihdeongelmien moniulotteisuudella: "Malli ei kuitenkaan tee oikeutta käsiteltävien ilmiöiden moniulotteiselle luonteelle. Voidaan perustellusti esittää päinvastoin, että

asiakaslähtöisyys ja matala kynnyks edellyttävät monialaista sisääntuloväylää palveluihin, monen oven periaatetta”.

Ehdotus mielenterveys- ja päihdetyön vastuun lisäämisestä peruspalveluissa otettiin pääsääntöisesti myönteisesti vastaan. Todettiin, että terveydenhuollon palveluiden laaja kattavuus tarjoaa kustannustehokkaan mahdollisuuden tunnistaa ja tarttua potilaiden alkoholinkäyttöön (Lönnqvist 2009). Toisaalta nostettiin esiin se, että peruspalveluiden korostaminen hoitoon hakeutumisessa saattaa olla uhka A-klinikoille, jotka tarjoavat jo nykyäänkin matalan kynnyksen päivystyspalveluita. Hursti ym. (2009) toteavat, että ”joustavasta päivystyskäytännöstä ei ole mielekästä ajautua lähete- ja diagnoosikeskeiseen systeemiin, joka vaikeuttaa asiakkaiden hoitoon pääsyä”.

Huoli sosiaalityön tulevaisuudesta mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuudessa nousi esiin useissa kirjoituksissa. Todettiin, että suomalaisen päihdetyön kentällä sosiaalityöllä on pitkä historiallinen perinne ja meillä on paljon tähän liittyvää erityisosaamista. Hursti ym. (2009) toteavat ”Päihdehoidossa sosiaalityön rooli on ollut tärkeä. Päihdeongelman hoitoa ei ole suunniteltu kapeasti sairauden näkökulmasta vaan hyvin kokonaisvaltaisesti. Mukana on ollut vahvasti hoidon ja kuntoutuksen yhteiskunnallinen ja sosiaalinen ulottuvuus, jonka pelkään nyt vaarantuvan”. Sosiaalisen orientaation koetaan olevan tärkeä myös tulevaisuudessa. Lääketieteellisesti painottunut hoitomalli koetaan tällä hetkellä jonkinlaiseksi uhkakuvaksi sosiaalityölle.

3.2.4 Suunnitelmasta käyty keskustelu järjestölehdissä

Esa Nordling

Tarkasteluun otettiin mukaan aihepiirin kannalta keskeisimpien kansalais-, asiakas- ja potilasjärjestöjen tai -liittojen julkaisemat lehdet. Mukana olivat Mielenterveyden keskusliitto, Suomen Mielenterveysseura, Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto, Sininauhaliitto, A-klinikkasäätiö, Terveyden edistämisen keskus, Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, Vanhustyön keskusliitto, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto, Mannerheimin lastensuojeluliitto, Nuorten ystävät ja Väestöliitto. Tarkastelun kohteena olevat lehdet rajattiin vuosien 2009 ja 2010 julkaisuihin lukuun ottamatta Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton Labyrintti-lehteä, jonka 4/2008 julkaisussa käsiteltiin mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa laajasti.

Yleisenä havaintona mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa koskevista artikkeleista oli se, että julkaisijat eivät suoraan ottaneet kantaa aiheeseen. Tyypillistä oli se, että aihetta käsiteltiin asiantuntijahaastattelujen avulla. Järjestöjen ja liittojen oma näkemys mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta jäi usein epäselväksi. Poikkeuksiakin oli. Mielenterveyden keskusliiton tutkimuspäällikkö Markku Salo otti Revanssi-lehdessä (1/2009) vahvasti kantaa suunnitelmaan. Hän toi esille, että liiton kannalta suunnitelman merkityksellisimmät tavoitteet koskevat 1) pakkohoidon määrän vähentämistä, 2) luopumista psykiatrisista laitospaikoista asuntopoliittisena ratkaisuna ja niiden määrän vähentämistä kolmanneksella sekä 3) kokemusasiantuntijuuden esiin nostaminen. Kritiikkiä hän esitti siitä, että mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmisteluissa ei ollut potilas- ja omaisjärjestöjen edustusta mukana. Päihde- ja mielenterveystyön kytkeminen yhteen on sinänsä hyvä asia. Vaarana tosin on, että yksilökeskeinen lähestymistapa johtaa siihen, että puututaan vain oireisiin, ei niiden yhteiskunnallisiin syihin. Kritiikkiä saa myös laitoshoidon purkamisen avohoidon kehittämisen jälkeen. Laitoshoidon vähentäminen ei johda yksisuuntaisesti siihen, että avohoitoon saadaan enemmän resursseja. Lisäksi laitoshoidon käytännöt ovat levittäytyneet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään, kuten esimerkiksi asumispalveluihin. Salon mukaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on liian kompromissihakuinen eikä perustu nykyisen hoitojärjestelmän ja sen rakentumisen arviointiin.

Revanssi-lehden pääkirjoituksessa (2/2009) mainitaan myös lyhyesti mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Päätoimittaja Timo Peltovuori kirjoittaa: ”Mieli-ohjelma sisältää monia hyviä ehdotuksia, muun muassa kokemusasiantuntijuuteen ja vertaistukeen liittyen. Liitto on tyytyväinen. Tärkeää on, että ehdotukset toteutuvat myös käytännössä.” Seuraavan lehden (3/2009) pääkirjoituksessa sävy on kriittisempi: ”Mieli 2009 -suunnitelma jäi esityksissään kovin yleiselle lepertelyasteelle, koska sitä valmisteltaessa työryhmään ei kelpuutettu asiakkaiden edustajia eikä käytännön asiantuntemustamme haluttu riittävästi kuulla.”

Revanssi-lehdessä (2/2009) on raportoitu myös Mielenterveyden keskusliiton liittovaltuuston kokouksen näkemys, jossa todetaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan sisältyvän sairaansijojen vähentämisen voivan tapahtua ainoastaan niin, että avohoitoa todella kehitetään. Tavoitteena tulee olla se, että avohoito voi ehkäistä psyykkisen oireilun muuttumisen sairaalahoitoa vaativaksi. Kokemusasiantuntijoiden esiin nostaminen nähtiin erinomaisena asiana.

Samana liiton Käsi kädessä -lehti (5/2009) siteeraa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen pääjohtaja Pekka Puskan avauspuheenvuoroa valtakunnallisessa mielenterveys- päihdetyön seminaarissa 25.8.2009, jossa hän kertoi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman sisällöstä. Lehti nostaa Puskan puheenvuorosta esiin palvelujen sisällöllisen kehittämisen tärkeyden. Kehittämisen kohteina ovat varhainen apu, kynnysten madaltaminen, perusterveydenhuollon kehittäminen, potilaiden ja omaisten panoksen lisääminen sekä mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio mainitaan myös tavoittelemisen arvoisena. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliiton Labyrintti-lehti (4/2008) lähestyy mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa haastattelella Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtaja Marita Ruohosta. Haastattelun mukaan keskeisiä haasteita ja huolenaiheita suunnitelman toteuttamisen kannalta ovat seuraavat: 1) Päihdeongelmien hoito voi medikalisoitua. Päihdeongelmainen tarvitsee psykososiaalista tukea, jonka antaminen hallitaan parhaiten sosiaalitoimessa. Asiakkaat, joilla on sekä mielenterveys- että päihdeongelma, voivat kuitenkin hyötyä palveluiden yhdistämisestä. 2) Sairaalaapaikkojen vähentäminen on huolestuttavaa. 3) Suunnitelman mukaan psyykkisesti oireilevien lasten ympärivuorokautista sairaalahoitoa vähennettäisiin ja hoidossa siirryttäisiin yhä enemmän päiväsairalatoimintaan tai kodinomaisiin pieniin yksiköihin. Pystytäänkö sellaisia kodinomaisia yksiköitä perustamaan tarpeeksi? 4) On epäselvää pystytäänkö ohjelmalla todella ohjaamaan kuntia. Valtakunnalliset ohjauskeinot ovat usein heikkoja.

Suunnitelmaan sisältyy lehden mukaan paljon hyvääkin. Se velvoittaa tekemään yhteistyötä omaisten kanssa. Samoin kokemusasiantuntijoiden käyttö on erinomainen asia. Samassa lehdessä liiton toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff tuo esille, että suunnitelman linjaukset ovat erinomaisia toteutuessaan. Tosin tarvitaan valvontaa mielenterveyspalveluiden tasolle ja riittävyydelle. Aihetta koskevan artikkelikokonaisuuden päättää Aminoffin ja tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin keskustelu, jossa he pohtivat sairaaloiden alasajosta koituvia uhkatekijöitä.

Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveys-lehti käsittelee niukasti mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Lehdessä on artikkeli Mieli 2009 -päivistä, suunnitelman linjausten esittely ja tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin suunnitelman sisältöä koskeva haastattelu (2/2009).

A-klinikkasäätiön Tiimi-lehdessä (2/09) esitellään suunnitelman sisältöä valikoidusti. Esiin nostetaan seuraavat teemat: 1) yhden oven periaate mielenterveys- ja päihdepalveluihin; 2) ajatus sosiaali- ja terveyskeskuksista; 3) työryhmän ehdotus nykyisten erikoistason psykiatristen avoyksiköiden ja päihdehuollon erityispalveluiden yhdistämisestä mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitoyksiköiksi; 4) terveydenhuollon potilastietorekisterien yhdistäminen sosiaalitoimen tietojärjestelmien kanssa; 5) kokemusasiantuntijat; 6) yhteisöllisyys ja osallisuus. Samassa yhteydessä tuodaan esille myös eri tahojen esittämää kritiikkiä: 1) lähetekäytännön käyttöön otto saattaa johtaa siihen, että hoitoon pääsyn kynnys saattaa nousta (A-kiltojen liitto ja Kunnallinen päihdehuoltoyhdistys); 2) miksei palveluihin voi olla monia ovia; yhteiset asiakasrekisterit voivat myös olla haitaksi; kaikkien ei tarvitse tietää mitä ovia on käytetty (Päihdehuollon sosiaalityöntekijät); 3) asiakkaalla pitää edelleen olla mahdollisuus hoitoon ilman lähetettä (Talentia).

Samassa lehdessä kysytään kolmelta päihdetyön asiantuntijalta mitä mieltä he ovat mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta. Vastauksissa tulee esiin useita kysymyksiä ja näkemyksiä: 1) hukkuuko päihdetyö psykiatrian sivujuoneksi; 2) systemaattinen päihde- ja mielenterveyshoidon yhteen niputtaminen arveluttaa; 3) mitä etua on yhdistetyistä sosiaali- ja palvelukeskuksista; 4) lähetekäytäntö voi hidastaa palveluihin pääsyä; 5) kokemusasiantuntijoiden käyttö on erinomainen asia; 6) perusterveydenhuollon roolin korostaminen on ehdottomasti suunnitelman tärkein anti; 7) suunnitelma on ihannetilanteen kuvaus, mutta käytäntö voi olla toinen; 8) päihdehuollon medikalisoituminen nähdään uhkana; 9) suunnitelmissa ja kehittämisessä on otettava huomioon alueelliset erot ja paikalliset toimintakulttuurit; 10) valtion rahoitus suunnitelmien toteuttamiseksi on välttämätön kuntataloustilanteen vuoksi. Yksi asiantuntijoista toteaa yhteenvetomaisesti: ”Todennäköistä on, että merkittävää kehittämistyötä ja palvelujärjestelmän toimivuutta pa-

rantavia sekä asiakkaan asemaa vahvistavia palvelurakennemuutoksia tapahtuu ainoastaan harvoissa kunnissa, joissa ollaan valmiita siirtämään erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaalahoidon resursseja avohoitoon, myös päihde-ehdoisiin palveluihin.”

Sininauhaliiton Sininen Aalto-lehden (4/2009) pääkirjoituksessa toiminnanjohtaja Aarne Kiviniemi antaa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmalle tunnustusta: ”Onnittelut työryhmälle, joka on kirjoittanut kehittämissuunnitelmat teeseiksi. Kolmas teesi on yksi tärkeimmistä: kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat mukaan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.”

Terveyden edistämisen keskuksen Promo-lehdessä (4/09) on Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön toimitusjohtaja Jussi Suojuus haastattelu, jossa käydään läpi mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Haastateltava toteaa, että on ihannetapausta, että palveluita voisi saada sosiaali- ja terveyskeskuksesta, mutta se ei vielä ole toteutunut juuri missään. Sektoreiden yhdistymisen odotetaan palvelevan myös haittojen ehkäisyssä. Resurssien siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon mahdollistaa myös ehkäisevän työn resurssien lisääntymisen. Mielenterveystyön ja päihdetyön vastakkainasettelusta pitäisi päästä pois. Kokemusasiantuntijoiden käyttö on kannatettava asia. Varojen puute on uhkana suunnitelman toteuttamiselle kuntien heikon taloustilanteen vuoksi. Suurissa kunnissa sektorijako tulisi voida säilyttää. Tosin sielläkin kaksoisdiagnoosipotilaat voidaan hoitaa yhdessä siihen erikoistuneessa yksikössä.

Samassa lehdessä on Tukholman yliopiston ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen professori Kerstin Stenius haastattelu. Hän toteaa, että ohjelman tavoitteisiin on helppo yhtyä, mutta niiden kustannusvaihteluksista tiedetään vähän. Ohjelman toteutus tarvitsee ehdottomasti lisärahoitusta. Varhaisvaiheen asiakkuudet lisäävät asiakasmääriä välittömästi. Tehostettu etsintä lisää apua tarvitsevien määrää, koska erilaisista ongelmista kärsiviä saadaan paremmin esiin. Tämän vuoksi on todennäköistä, että aluksi laitospaikat tulevat lisääntymään ja vasta pitkällä aikavälillä vähenemään. Uudistus tarjoaa hyvät mahdollisuudet toimivien mallien etsintään. Tarvitaan tietoa siitä, mikä on väestön kannalta vaikuttavin ja kustannustehokkain palveluiden määrä ja yhdistelmä. Kuntien pitäisi kokeilla erilaisia vaihtoehtoja yhdessä ja tutkia ja vertailla niiden tuloksia yhdessä. Muiden järjestöjen tai liittojen lehdissä ei tarkasteluajankana käsitelty mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa.

4 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano

THL otti vastuun mielenterveys- ja päihdesuunnitelman julkaisemiseen liittyvästä tiedotuksesta sekä käynnisti vuoden 2009 keväällä THL:n toimintaa koskevan toimeenpanosuunnitelman valmistelun. Tässä luvussa arvioidaan vuoden 2009 aikana tehtyä työtä, sekä kuvataan THL:n eri toimialueille ulottuvaa mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista toimintaa. Tämän jälkeen kuvataan STM:n rooliin kuuluvia suunnitelman toimeenpanoon liittyviä toimenpiteitä. Viimeisenä löytyvät kuvaukset mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeista sekä Toimiva terveyskeskus -toimeenpano-ohjelmasta, jotka ovat keskeisiä kehittämissuunnitelman kanavia myös mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä.

4.1 Arviointia vuoden 2009 toiminnasta

Veijo Nevalainen

STM:n asettama Mieli 2009 -työryhmä luovutti raporttinsa, Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 – hallitukselle helmikuussa 2009.

Kyse oli ensimmäisestä laajemmasta mielenterveystyön kansallisesta kehittämissuunnitelmasta vuoden 1984 mielenterveystyön komitean mietinnön jälkeen. Vuoden 1984 mietintö keskittyi psykiatrisen erikoissairaanhoidon kehittämiseen muun muassa tuomalla julkisuuteen aluepsykiatrisen mallin. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset sen sijaan keskittyivät perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämiseen. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset pitivät myös sisällään uudenlaisen ajatuksen kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä yhtenä kokonaisuutena.

Mieli 2009 -työryhmä oli laaja asiantuntijatyöryhmä. Osa työryhmän toimintaa oli myös laajan kuulemiskierroksen järjestäminen eri puolilla maata. Työryhmän suositukset saivat heti melko laajaa positiivista julkisuutta. Yleisellä tasolla vallitsi laaja yksimielisyys sekä mielenterveys- että päihdetyön kehittämisen tarpeesta. Erityisesti kunnissa ja useissa järjestöissä odotettiin suositusten tuovan nopeita ja konkreettisia työkaluja mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Toisaalta jo melko varhaisessa vaiheessa ilmeni eräissä kunnissa ajatuksia käyttää julkaistuja suosituksia kehittämissuosituksen sijasta toimintojen karsimisen keinona.

Ehdotusten saamasta runsaasta julkisuudesta huolimatta suunnitelmasta tiedottaminen ei alkuvaiheessa onnistunut parhaalla mahdollisella tavalla. Samanaikaisesti kun Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset julkaistiin, käytiin tiedotusvälineissä erillistä keskustelua psykiatristen sairaaloiden lakkauttamisesta ja potilaiden siirtämisestä avohoitoon. Vaikka ehdotukset sisältävät vain ajatuksen, että ”psykiatristen sairaansijojen tarve vähenee, kun avohoitoa kehitetään”, yhdistyivät nämä kaksi erillistä asiaa tiedotusvälineissä. Tällöin kysymys sairaalapaikkojen määrästä sai ison huomion ja suositukset käsitettiin osin sairaaloiden lakkauttamissuunnitelmiksi, jolloin varsinaiset suositukset jäivät vähemmälle huomiolle ja erityisesti järjestöissä alettiin pelätä hoitoon pääsyn huononevan kun suosituksia ryhdytään toteuttamaan. Alkuvaiheessa kielteistä julkista palautetta tuli lähinnä tietyistä asiakokonaisuuksista:

- eräät järjestöt kokivat, ettei heillä ollut riittävää mahdollisuutta osallistua valmistelutyöhön
- eräät psykiatrisen erikoissairaanhoidon edustajat kokivat, ettei erikoissairaanhoidon ja erityisesti sairaanhoitopiirien näkemyksiä oltu kuunneltu riittävästi
- eräät päihdehuollon edustajat kokivat, ettei erilaisia päihdehuollossa vallitsevia näkemyksiä oltu huomioitu riittävästi.

Ennako-odotusten vastaisesti Mieli 2009 -työryhmän suosituksiin ei sisällynyt erillistä rahoitusta.

THL:n rooli

Mieli 2009 -työryhmän esittämien ehdotusten vieminen käytäntöön oli työryhmän raportissa määritelty usean tahon tehtäväksi. Eräs keskeisistä toimijoista tässä työssä oli Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). THL oli muodostettu Kansanterveyslaitoksen (KTL) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisskeskuksen (Stakes) yhdistymisen myötä vain kaksi kuukautta ennen Mieli 2009-suositusten julkistamista.

STM:n ja THL:n väliseen vuoden 2009 tulossopimukseen sisältyi jo mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosuunnitelman tekeminen THL:n osalta vuoden 2009 aikana. Tämä tulossopimus täydentyi ja laajeni vuoden aikana siten, että THL:n tehtäväksi tuli myös valtakunnallisen toimeenpanosuunnitelman valmistelusta vastaaminen.

Heti suunnitelman julkistamisen jälkeen alkoi THL:ssa tätä tehtävää varten koottu Mieli-toimeenpanoryhmä koota THL:n toimeenpanosuunnitelmaksi niitä lukuisia toimenpiteitä, jotka suunnitelmassa oli määritelty THL:n tehtäväksi. Samanaikaisesti tämän työn kanssa käynnistyi myös yhteistyö järjestöjen kanssa, suositusten yhteensovittaminen muiden samanaikaisten terveydenhuollon kehittämissohjelmien kanssa, yhteistyö THL:n Kaste-työntekijöiden ja alueellisten Kaste-hankkeiden kanssa, sekä laaja tiedottamis- ja koulutustoiminta.

THL:n toimeenpanosuunnitelma

THL:n toimeenpanosuunnitelman kokoaminen toteutettiin uuden THL:n kaikkien toimialojen yhteisenä suurena hankkeena. Päävastuu kokoamisesta oli mielenterveys- ja päihdepalvelut -osastolla. Toimeenpanosuunnitelman valmistelua varten osaston johto nimitti erillisen työryhmän. Tämän THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän vastuuhenkilönä toimi tutkimusprofessori Kristian Wahlbeck. Työryhmän jäseninä toimivat vs. ylilääkäri Veijo Nevalainen, vastuualueenaan mielenterveyspalvelut, kehittämispäällikkö Airi Partanen, vastuualueenaan päihdepalvelut, sekä kehittämispäällikkö Maritta Vuorenmaa, vastuualueenaan edistävä ja ehkäisevä työ. Loppuvuodesta työryhmään liittyi projektiasiantuntija Viveca Bergman.

Toimeenpanoryhmän tehtäväksi määrättiin toimeenpanosuunnitelman kokoamisen lisäksi myös seurata suunnitelman toteutumista ja vastata suunnitelman täydentämisestä koko suunnitelma-ajan. Toimeenpanosuunnitelma syntyi tiiviissä yhteistyössä THL:n eri yksiköiden kanssa. Yhteistyön runkona oli neljä vuoden aikana järjestettyä yhteistyökokousta, sekä iso määrä eri yksiköiden ja yksittäisten työntekijöiden kanssa pidettyjä yhteistyökokouksia. Toimeenpanoryhmän työn tuloksena syntyi mielenterveys- ja päihdesuunnitelman THL:n toimeenpanosuunnitelma vuodelle 2009–2010, jonka THL:n johto hyväksyi. Osana suunnitelman toimeenpanoa THL:n johto valitsi kustakin suositusten neljästä osa-alueesta toimeenpanon kannalta keskeiset toimenpiteet, jotka nimettiin kärkihankkeiksi.

Vuonna 2009 laadittu ensimmäinen toimeenpanosuunnitelma koostui pääosin entisissä KTL:ssa ja Stakesissa jo aloitetuista tai pitkälle suunnitelluista toimenpiteistä, jotka tukivat suunnitelman suositusten toteutumista. Vuoden aikana ehdittiin aloittaa myös uusien hankkeiden ja toimenpiteiden suunnittelu. Päämääränä on, että uusien toimeenpanoa tukevien toimien määrä lisääntyy tulevana vuosina siten, että ne kattavat tulevaisuudessa koko suositusten kentän.

Yhteistyö järjestöjen kanssa

Osana toimeenpanosuunnitelman kokoamista ja suunnitelmasta tiedottamista Mieli-toimeenpanoryhmä oli tiiviissä yhteistyössä mielenterveys- ja päihdealan omais- ja potilasjärjestöjen kanssa. Mielenterveystyön alueella yhteistyökumppanina oli keskeisesti yksittäisten järjestöjen lisäksi Mielenterveyspooli ja päihdetyön alueella Päihdetyön valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYT.

Yhteistyö muiden meneillään olevien terveydenhuollon kehittämissohjelmien kanssa.

Toimeenpanosuunnitelmaa laadittaessa yhteistyö oli jatkuvaa erityisesti Toimiva terveyskeskus -toimeenpano-ohjelman, että myös Kansallisen terveysrojen kaventamishojelman kanssa. Päämääränä oli, että erityisesti Toimiva Terveyskeskus -toimeenpano-ohjelman tavoitteet ja mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosuunnitelman tavoitteet ovat kokonaisuudessaan yhdenmukaisia ja toisiaan tukevia.

Yhteistyö alueellisten Kaste-hankkeiden kanssa

Mieli 2009 -työryhmän ehdotusten toteuttamiseen ei sisällynyt omaa rahoitusta. Rahoitus oli tarkoitus toteuttaa kuntien ja kuntayhtymien omana rahoituksena, sekä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaan (Kaste) sisältyvällä rahoituksella. Kaste-hankkeissa tapahtuvan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi THL:ssa nimettiin alueellisten Kaste-työryhmien ja THL:n välille alueelliset mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-yhdyshenkilöt. Päämääränä oli varmistaa Mieli 2009 -ehdotuksiin liittyvien mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeiden syntyminen tasapuolisesti eri puolille maata.

- Etelä-Suomi: kehittämisspäällikkö Airi Partanen
- Länsi-Suomi: aluksi ylilääkäri Timo Tuori, syksystä 2009 tutkija Tarja Melartin
- Itä-Suomi: ylilääkäri Veijo Nevalainen
- Pohjois-Suomi: kehittämisspäällikkö Esa Nordling
- Väli-Suomi: kehittämisspäällikkö Maritta Vuoremaa

Alueellisten Kaste-työryhmien kanssa yhteistyötä tehneet yhdyshenkilöt tekivät yhteistyötä myös THL:n Kaste-koordinaattorin kanssa.

Koulutus ja tiedottaminen suosituksista

Yhteistyössä THL:n verkkotoimituksen kanssa Mieli-toimeenpanoryhmä ylläpiti ja kehitti mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotuksiin liittyvää THL:n internet-sivustoa (www.thl.fi/mieliajapaihde). Päämääränä on suunnitelmakaudella kehittää sivustosta monipuolinen suunnitelmaan ehdotuksiin liittyvä portaali, josta on löydettävissä myös tietoa mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvistä hoitosuosituksista ja hankkeiden rahoituslähteistä. Osana tiedottamista olivat myös kolme valtakunnallista uutiskirjettä, sekä suunnitelman ehdotuksiin liittyvien esitteiden suunnittelu. Vuoden 2009 aikana THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsenet osallistuivat yhteensä yli sataan järjestötapaamiseen tai koulutustilaisuuteen eri puolilla maata. Mieli 2009-ehdotukset olivat myös näkyvästi esillä THL:n Sosiaali- ja terveyspalvelut -toimialan johdon suuriin kaupunkeihin kohdistuneessa kuntakierroksessa.

Mieli 2009 -ehdotusten vieminen käytäntöön THL:n yhteistyöhankkeiden kautta

Merkittävä osa THL:n asiantuntijatoimintaa on osallistua asiantuntijana kuntien ja kuntayhtymien mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeisiin. Näissä hankkeissa kehittämissuosituksen sisältö pyrki noudattamaan paikallisiin tarpeisiin sovitettuna Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksia. Yksinomaan vuoden 2009 aikana nämä kehittämishankkeet kattoivat lähes 500 000 asukkaan väestöpohjan. Mikäli yhteistyöhankkeiden toiminta jatkuu yhtä vilkkaana myös tulevina vuosina, tulevat yhteistyöhankkeet teoreettisesti kattamaan koko väestön suunnitelmakauden aikana.

4.2 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta toimeenpanoon

4.2.1 THL:n toimeenpanosuunnitelma

Juha Moring

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2007 eduskunnan aloitteesta Mieli 2009 -työryhmän valmistelemaan suunnitelmaa mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisesta kehittämisestä. Työryhmän raportti ”Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015” luovutettiin sosiaali- ja terveysministeriölle helmikuussa 2009. Siinä esitetään mielenterveys- ja päihdetyön kansalliset kehittämissuunnitelmat vuoteen 2015 saakka. Kyse on laajasta kokonaisuudesta, jonka toimeenpano jakaantuu usean toimijan vastuulle ja jonka toteuttaminen vaatii yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tarkastellaan valtakunnallisella tasolla yhtenä kokonaisuutena. Suunnitelma jakaantuu neljään eri osa-alueeseen: asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävän ja ehkäisevän työn osuuden lisääminen, palveluiden toiminnal-

lisen kokonaisuuden kehittäminen, sekä ohjauskeinojen tehostaminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, 2009.)

THL:n yksi keskeisistä toimeenpanoon osallistuvista tahoista. THL:n toimeenpanosuunnitelma perustuu STM:n ja THL:n väliseen tulossopimukseen. Toimeenpanosuunnitelma noudattaa Mieli 2009 -työryhmän esityksen jakoa neljään kehittämisen osa-alueeseen. Suunnitelma koostuu pääasiassa THL:ssa jo käynnissä tai suunnitteluasteella olevista mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteutumista tukevista toimenpiteistä. Mukaan on ehtinyt vasta muutama kokonaan uusi toimenpide. Tarkoituksena on, että suunnitelman toteuttamisaikana uusien toimenpiteiden määrä tulee lisääntymään, ja suunnitelmaa tarkistetaan ja täydennetään vuosittain. Toimeenpanon päämääränä on mielenterveys- ja päihdetyön kehittyminen kunta- ja laisten tarpeita vastaavaksi hyvin toimivaksi kokonaisuudeksi.

THL:n toimeenpanosuunnitelma on rakennettu yhteistyössä muiden samanaikaisten mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvien kansallisten kehittämishankkeiden kanssa. Näitä ovat mm. [Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma](#), [kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste](#) ja [kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma](#). Yhteistyöllä on pyritty siihen, ettei toimeenpanossa ole päällekkäisyyksiä ja ohjelmat tukevat toistensa päämääriä.

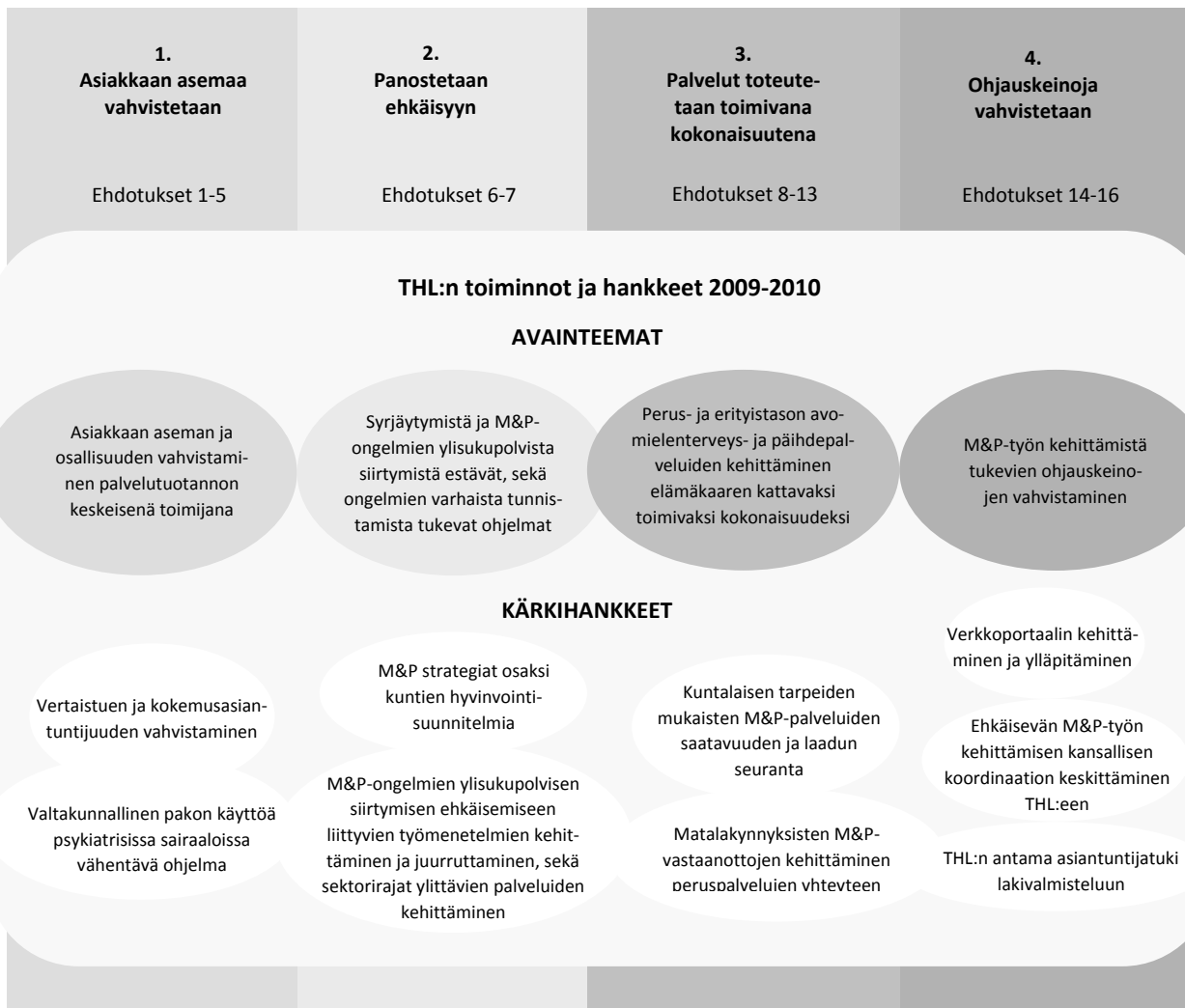
[THL:n toimeenpanosuunnitelma](#) (Wahlbeck ym. 2010) on kuvattu loogisen viitekehyksen matriisina LFA-mallin mukaisesti (ks. tarkemmin liite 1). Mieli 2009 -työryhmän ehdotusten neljälle osa-alueelle on matriisissa määritetty päätavoitteet, joihin tähdätään toimeenpanokauden aikana. Päätuloksille on määritetty osoittimet ja lähteet, joista toteutuminen on varmennettavissa. Kukin osa-alue on kuvattu omana matriisina, jossa alatavoitteet, tulokset ja niiden saavuttamiseksi suunnitellut toimenpiteet on jäsenneily mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 18 ehdotusten pohjalta. Yksittäiset toimenpiteet eli toiminnot ja hankkeet eivät ole keskenään yhteismitallisia, laajuudeltaan ja vaativuudeltaan ne vaihtelevat hyvin suppeasta ja ajallisesti rajatusta aina laajoihin valtakunnallisiin vuosia kestäviin toimintoihin. Viidenneksi alueeksi matriisiin on sisällytetty THL:n toimeenpanosuunnitelman yleisen toimeenpanon ja toteutumisen seurannan järjestämisen. Tämä osa-alue koostuu toimenpiteistä, joita ei ole mainittu Mieli 2009 -työryhmän esityksissä, mutta jotka ovat tarpeellisia kokonaisuuden toteutumisen kannalta. Matriisissa kuvatut toimenpiteet esitellään yksityiskohtaisemmin toimeenpanosuunnitelman loppuosassa.

Koska Mieli 2009 -työryhmän suosituksiin ei sisällynyt esitysten priorisointia, THL:n toimeenpanosuunnitelmaan on otettu mukaan myös koko toimintakauden kattava priorisointisuunnitelma. Siinä jokaisesta neljästä osa-alueesta on valittu laajempi useiden yksiköiden yhteistä toimintaa edellyttävä avaintema ja avainteman lisäksi kahdesta kolmeen kärkihanketta. Mieli-suunnitelman osa-alueet ja niihin liittyvät avaintemat ja kärkihankkeet on esitetty kuviossa 8.

Avaintemalla tarkoitetaan Mieli 2009 -työryhmän ehdotuksiin sisältyvää laajempaa tavoitekokonaisuutta, jota ei ole mahdollista saavuttaa yhden yksittäisen hankkeen kautta, vaan joka vaatii useammista aktiviteeteista ja useiden yksiköiden yhteistoiminnasta muodostuvaa tavoitteellista kokonaisuutta. Tarvittavat aktiviteetit on kuvattu THL:n toimeenpanosuunnitelmassa.

Kärkihankkeiksi jokaisesta pääkohdasta on valittu 2-3 tavoitetta tai rajattua tavoitekokonaisuutta, joilla on keskeinen merkitys mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiden kannalta.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittymistä kuntalaisen tarpeita vastaavaksi seurataan indikaattoreilla, joiksi on valittu seuraavat: kaikissa kunnissa on voimassa oleva mielenterveys- ja päihdestrategia, mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve on selvitetty osana kunnan strategiaa, hoito- ja palvelutakuu toteutuu, palveluissa noudatetaan kansallisia suosituksia, sekä asiakastytyvyisyys.



Kuvio 8. THL:n toimeenpanosuunnitelma Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseksi.

Asiakkaan aseman vahvistaminen

Tavoitteena on, että mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asema tasavertaisina sosiaali- ja terveystalouden käyttäjinä vahvistuu ja sairastumiseen liittyvä stigma vähenee. Samalla heidän mahdollisuutensa osallistua mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseen ja arviointiin paranevat. Pakkotoimien käyttö psykiatrisissa sairaaloissa vähenee ja perusterveydenhuoltoon saadaan matalalla kynnyksellä joustavasti toimivia moniammatillisia vastaanottoja. Palveluiden käyttäjillä on mahdollisuus saada oman kulttuurin tuntevia palveluja omalla äidinkielellään. Palveluihin on mahdollisuus hakeutua matalalla kynnyksellä ja yhden oven periaatteella toimivien vastaanottojen kautta.

Yhden oven periaate kuvaa toimintayksikköä, jossa on riittävä kokonaisvaltainen osaaminen päihde-, mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien selvittelyyn, sekä kyky aloittaa ja toteuttaa tarvittavat palvelut, tai joustava mahdollisuus ohjata asiakkaat tarvittavien palveluiden piiriin. Kyse ei siis ole erillisestä rakennuksesta tai välttämättä edes erillisestä yksiköstä. Yhden oven periaatteella toimiva yksikkö voi olla osa perus-

palveluita, erikoissairaanhoidon tai se voi olla kolmannen osapuolen tuottamaa toimintaa. Toiminnallisesti sen tulee olla kuitenkin kiinteä osa palveluiden kokonaisuutta. Kunnassa tulee olla kirjattuna ja väestön tiedossa miten nämä palvelut toimivat ja miten näihin palveluihin hakeudutaan.

Matalan kynnyksen hoitoon tulon mahdollisuus tarkoittaa sitä, että palvelut ovat saatavilla ilman lähetarajoja, nopeasti ja kohtuullisen matkan päässä. Hoito- ja palvelumaksut eivät saa muodostaa estettä palveluiden käytölle.

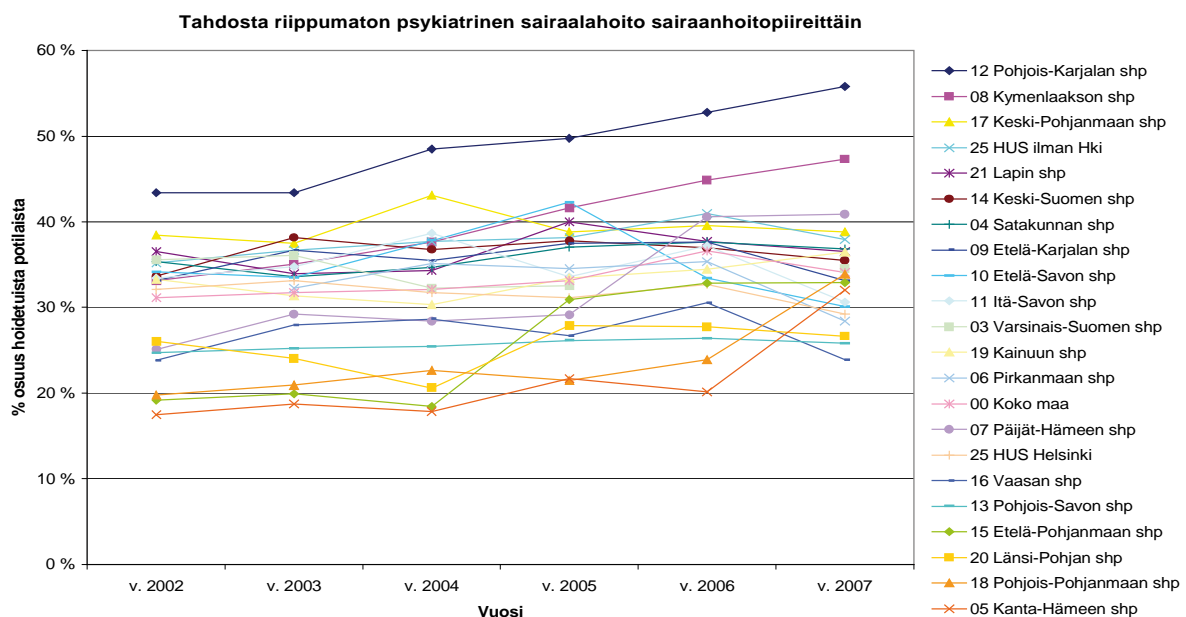
Avainasemalle asiakkaan aseman ja osallisuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän ja palvelutuotannon keskeisenä toimijana on valittu kaksi kärkihanketta.

Kärkihanke 1: Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vahvistaminen palvelujärjestelmän kehittämisessä

Tämä on keskeisin ja todennäköisesti vaikuttavin yksittäinen keino, jolla luodaan pohja asiakkaan aseman vahvistamiselle mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Käytännössä tämä voi tarkoittaa mielenterveysneuvoston perustamista paikkakunnalle tai alueelle keskustelemaan ja vaikuttamaan palvelujen kehittämiseen ja seuraamaan niiden saatavuutta ja laatua. Mielenterveysneuvostossa palvelujen käyttäjät, omaiset, järjestöjen ja palvelujärjestelmän edustajat toimivat yhdessä. Kokemusasiantuntijat voivat myös osallistua palvelujen suunnitteluun ja arviointiin, sekä toimia kuntoutuksessa ja vertaistukiryhmissä.

Kärkihanke 2: Valtakunnallinen pakon käyttöä psykiatrisissa sairaaloissa vähentävä ohjelma

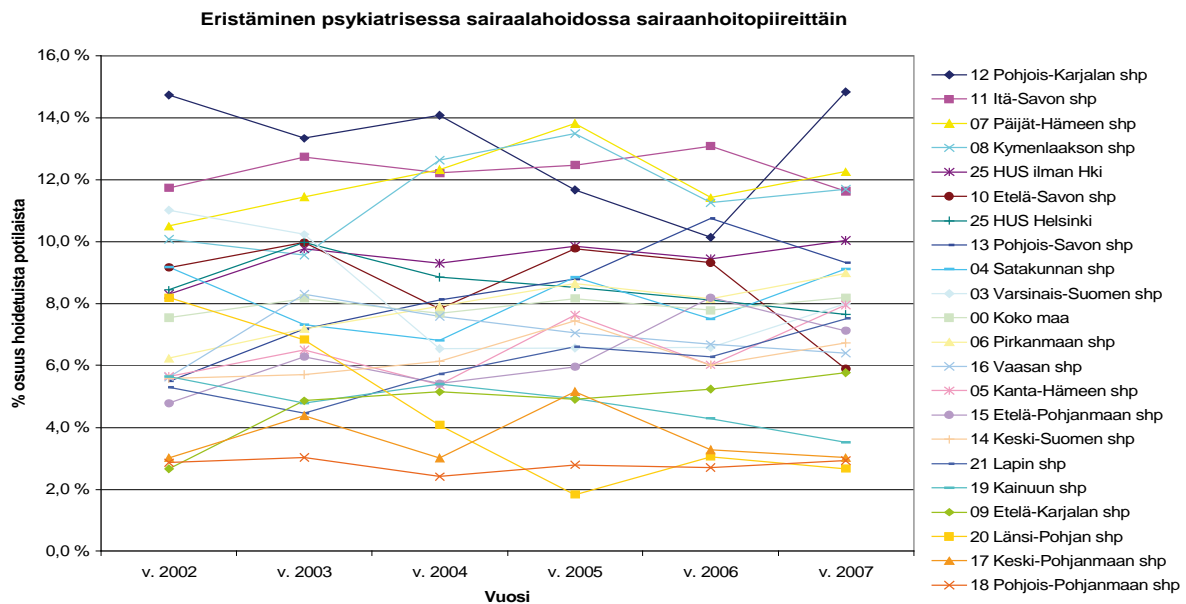
Suomessa on psykiatrista sairaalahoitoa enemmän kuin muissa länsimaissa (Salize ja Dressing, 2004), tahdosta riippumattoman hoidon osuus on suuri (kuvio 9, Tuori 2009), ja sairaaloissa käytetään pakkotoimia enemmän kuin Euroopassa yleensä.



Kuvio 9. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olleiden potilaiden osuus kaikista psykiatrisissa sairaaloissa hoidetuista potilaista sairaanhoitopiireittäin.

Lisäksi pakkotoimien käytössä on suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä (kuviot 10, Tuori 2009). Erot liittyvät avohoidon kehittyneisyyteen, hoitojärjestelmän resursointiin, henkilökunnan mitoittamiseen ja koulutukseen, turvallisuusjärjestelyihin ja moneen muuhun asiaan. Kansainväliset asiantuntijat ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota pakkotoimien määrään maassamme erilaisten vertailujen yhteydessä. Kyseessä on tärkeä ihmisoikeuskysymys, jolla on iso merkitys psykiatrian uskottavuuden kannalta. Koska työ- ja poti-

lasturvallisuus kietoutuvat tiukasti yhteen pakon käytön tarpeen kanssa, viedään näitä asioita yhdessä eteenpäin yhden valtakunnallisen kehittämissuunnitelman kautta.



Kuvio 10. Eristettyjen potilaiden osuus kaikista psykiatrisissa sairaaloissa hoidetuista potilaista sairaanhoitopiireittäin.

Edistävän ja ehkäisevän työn painottuminen mielenterveys- ja päihdetyössä

Edistävän ja ehkäisevän työn tavoitteina on alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisääminen sekä sukupolvesta toiseen siirtyvien ongelmien tunnistaminen ja vähentäminen. Lisäksi tavoitteena on, että edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön strategia sisältyy kuntastrategiaan ja edelleen hyvinvointisuunnitelmaan, ja edistävää ja ehkäisevää työtä toteutuu laaja-alaisesti myös palvelujärjestelmässä. Tämä on keskeinen väestötason teema koko terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta.

Avainteman syrjäytymistä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvista siirtymistä estävät sekä ongelmien varhaista tukemista tukevat ohjelmat alle on valittu kaksi kärkihanketta.

Kärkihanke 1: Mielenterveys- ja päihdetyön strategiat tulee saada osaksi kuntien, kuntayhtymien ja alueiden hyvinvointisuunnitelmia

Oikein laadittu mielenterveys- ja päihdetyön strategia on keino ohjata kunnan tai kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdepalveluiden pitkäjänteistä kehittämistä tarpeita vastaavaksi. Kuntien mielenterveys- ja päihdestrategiat ovat suunnitelmia siitä, miten mielenterveys- ja päihdeasiat kunnissa tulee hoitaa, jotta kuntalaiset voisivat mahdollisimman hyvin ja saivat tarvitsemansa palvelut (Laitila ja Järvinen, 2010). Toiminta koskee kaikkia kuntien ja kuntayhtymien hallintokuntia, sekä myös kolmatta sektoria, samaan tapaan kuin laajoissa diabeteksen tai sydäntautien ehkäisyohjelmissa. Mielenterveys ja päihdekysymykset tulee ottaa huomioon esimerkiksi kaavoituksessa, päivähoito- ja kouluasioiden järjestelyissä. Strategioiden avulla varmistetaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen pitkäjänteinen ja tarpeenmukainen kehittämistyö, joka edistää yhteistyötä ja yhteistyörakenteita, osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä sekä asiakkaan ja palvelujen käyttäjien asemaa.

Vaikutus tulee onnistuessaan esille muun muassa sosiaalitoimen lastensuojelutoimien tarpeen pienentymisenä, koulujen häiriöongelmien vähenemisenä, perus- ja erityistason lasten- ja nuorisopsykiatristen

palveluiden tarpeen parempana hallittavuutena ja ennen kaikkea vaikutuksena hyvinvointiin työkyvyn, tuottavuuden ja yhteiskunnan sosiaalisen ja henkisen pääoman kasvun kautta.

Kärkihanke 2: Mielenterveys- ja päihdeongelmien ylisukupolvisen siirtymisen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen liittyvien työmenetelmien kehittäminen, juurruttaminen, sekä sektorirajat ylittävien palveluiden kehittäminen

Tässä on kyseessä laaja kokonaisuus, joka sisältää myös joukon valmiita toimintamalleja, joista kaikista on kokemuspohjaista näyttöä ja osasta myös kertyvää tutkimusnäyttöä. Keskeisenä ryhmänä tähän kuuluu Toimiva lapsi & perhe -hanke (<http://info.stakes.fi/toimivaperhe>). Toimiva lapsi & perhe -tutkimushankkeessa on koulutettu tuhansia työntekijöitä ympäri Suomen ja kehitelty uusia menetelmiä psyykkisesti sairaiden tai päihdeongelmaisten vanhempien lasten huomioimiseksi. Menetelmiin kuuluvat Lapset puheeksi -keskustelu vanhemman kanssa, perheinterventio koko perheelle, vanhempien ja lasten vertaisryhmät ja perhekurssit sekä neuvonpito, jossa aktivoidaan perheen oma verkosto tai tarvittavat viranomaiset. Päämääränä on, että aina kun vanhempi tulee hakemaan apua omiin ongelmiinsa, myös lapset otetaan puheeksi ja vanhemmuutta tuetaan. Menetelmien systemaattinen käyttöön saaminen, kehittäminen ja edelleen tutkiminen ovat tärkeitä avainteen toteutumiseksi.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toiminnallinen kokonaisuus

Kunnat vastaavat lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta, ja niiden tulee ottaa nykyistä paljon selvempi vastuu mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisestä, johtamisesta ja koordinoinnista, myös ostopalvelujen osalta. Asiakas saa parhaan avun, kun palvelujärjestelmä muodostaa yhtenäisen toiminnallisen kokonaisuuden, joka kattaa monipuolisesti avo- ja laitospalvelut sekä perus- että erikoistason. Vaikka palvelut sisältävät monen tuottajan toimintaa, tulee kokonaisuuden toimia suunnitellusti ja saumattomasti, ja palveluihin hakeutumisen tulee olla yksinkertaista.

Avainteen perustason ja erityistason avomielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen koko elämänsäkaaren kattavaksi toimivaksi palvelukokonaisuudeksi uusia työmuotoja, sekä palvelujen saatavuutta ja palvelukokonaisuuksia kehittämällä sisältyy kaksi kärkihanketta.

Kärkihanke 1: Matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen peruspalvelujen yhteyteen

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman suositukset painottavat peruspalveluiden ensisijaisuutta ja kehittämisen tarvetta. Matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella toimiva hoitoon pääsy on siinä keskeinen edellytys. Kyse on suuren peruspalveluiden käyttäjäryhmän hoidon laadun ja saatavuuden parantamisesta, jolla on vaikutusta myös erityispalveluiden riittävyyteen. Hanke toteutuu pääasiallisesti Kaste-hankkeiden välityksellä, mutta on tavoitteena myös monissa muissa meneillään tai suunnitteilla olevissa kuntien ja kuntayhtymien uudelleenjärjestelyissä. Tavoite on osittain yhteinen myös Toimiva terveyskeskus -toimintasuunnitelman kanssa.

Kärkihanke 2: Kuntalaisen tarpeiden mukaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuden ja laadun seuranta

Tässä on kyseessä tiedonkeruun, tilastoinnin ja sähköisen sairauskertomuksen kehittämiseen liittyvä keskeinen ryhmä aktiviteetteja, joiden avulla voidaan ohjata avainteen toteutumista.

Ohjauskeinojen kehittäminen mielenterveys- ja päihdetyössä

Edellä esiteltyjen hankkeiden ja kehittämispanostusten lisäksi pyritään mielenterveys- ja päihdetyötä edistämään ohjauskeinoja kehittämällä. Ohjauskeinoina painotetaan koulutuksen kehittämistä, erilaisten suositusten kokoamista, päivittämistä, soveltamisen seuranta sekä niiden saatavuuden helpottamista, valtakunnallisen koordinaation selkiyttämistä, resurssien vahvistamista sekä lainsäädännön kehittämistä. Avaintemalla mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä tukevien ohjauskeinojen vahvistaminen on kolme kärkihanketta.

Kärkihanke 1: Verkkoportaalin (www.thl.fi/mielijapaihde) kehittäminen ja ylläpitäminen

Sivusto sisältää Mieli-suunnitelman lisäksi runsaasti aineistoa toimeenpanon tueksi, yhteystietoja ja linkkejä laajaan tausta-aineistoon. Sitä pyritään kehittämään aktiivisesti keskeiseksi tiedon ja ohjauksen lähteeksi. Sivuston lisäksi THL tuottaa painettuja julkaisuja aihepiirin teemoista.

Kärkihanke 2: Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen kansallisen koordinaation keskittäminen THL:een

Asia on vielä valmisteluvaiheessa.

Kärkihanke 3: THL:n antama asiantuntijatuki lakivalmisteluun

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on peruskorjauksen kohteena, ja THL:n asiantuntijat osallistuvat valmistelutyöhön.

Toimeenpano ja toteutumisen seuranta

THL:n toimeenpanosuunnitelmaa on tarkoitus täydentää koko suunnitelmakauden 2009–2015 ajan siten, että Mieli 2009 -työryhmän tavoitteet toteutuvat suunnitelmakaudella, tavoitteet ja toimenpiteet ovat yhdenmukaisia muiden samanaikaisten ja tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmien ja lainsäädännön kanssa, sekä tavoitteita tukevia alueellisia Kaste-hankkeita on käynnistetty tasapuolisesti eri puolilla maata. Toimeenpanosuunnitelman ensimmäisen jakson (2009–2010) sisältö koostuu pääosin jo olemassa olevista THL:n aktiviteeteista ja muutamasta uudesta hankkeesta. Tulevina vuosina tulee uusilla Mieli-suunnitelman päämäärää tukevilla aktiviteeteilla olemaan isompi merkitys. Päämäärien toteutumisen tukeminen edellyttää myös suunnitelmakaudella voimavarojen suuntaamista päämääräkokonaisuuksien saavuttamiseksi.

Toimeenpanoon suunnatut resurssit ja rahoitus ovat kuitenkin suhteellisen niukkoja laajaan valtakunnalliseen kokonaisuuteen nähden, lukuun ottamatta Kaste-hankkeita, joiden asema käytännön kehittämistyössä on keskeinen (katso tarkemmin artikkeli Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet). Toimeenpanosuunnitelmaan liittyvien erillisten hankkeiden lisäksi THL järjestää itse ja yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa alueellisia ja valtakunnallisia teemapäiviä ja muita tilaisuuksia, joissa Mieli-suunnitelman tavoitteita ja mahdollisuuksia tehdään tunnetuiksi. THL osallistuu myös jossain määrin kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeisiin. Keskeisiä verkostoja toimeenpanon edistämiseksi ovat psykiatrian yksiköiden johtajien verkosto ja neuvottelupäivät, yliopistosairaalapyykiatrian johtajien verkosto, Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä PÄIVYT, päihdetyön aluekehittäjien sekä kehittämysyksiköiden verkostot, päihdehuollon ammattiryhmien neuvottelupäivät, Alkoholiohjelman aluekoordinaattorit sekä potilas- ja omaisjärjestöt.

Toimeenpanosuunnitelmaan sisältyvien hankkeiden etenemistä seurataan vuosittain, samoin niiden vaikutuksia lukuisten indikaattorien avulla. Koko mielenterveys- ja päihdesuunnitelman vaikutuksia tarkastellaan alussa lueteltujen pääindikaattoreiden pohjalta. Tulokset on tarkoitus julkaista vuosittain raportissa, johon sisältyy myös kuvauksia yksittäisistä hankkeista ja niissä kehitetyistä hyvistä käytännöistä.

4.2.2 STM:n toimeenpanosuunnitelma

Maria Vuorilehto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) kantaa vastuuta suomalaisten hyvinvoinnista huolehtimalla muun muassa sosiaali- ja terveystalouden toimivuudesta sekä takaamalla toimeentuloturvan. STM:n tehtäviä ovat lainsäädännön valmistelu ja toimeenpano sekä oman hallinnon ohjaus ja koordinointi. Nämä tehtävät määrittävät myös STM:n suunnitelmaa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotusten toimeenpanemiseksi. Mieli-suunnitelma sisältää neljä painopistealuetta, joista yksi keskittyy ohjauskeinojen kehittämiseen. Siinä ehdotukset liittyvät mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittämiseen sekä mielenterveys- ja päihdetyön suosituksiin, koordinointiin ja resurssien vahvistamiseen. Mieli-suunnitelman kaikissa neljässä painopistealueessa ehdotetaan sellaisia lainsäädännön uudistamis- ja tarkistamistoimenpi-

teitä, jotka edistävät mielenterveys- ja päihdeongelmaisten henkilöiden ja heidän läheistensä hyvinvointia. STM:n koordinaatiotehtävään kuuluu myös ohjata ja tukea kansallisella tasolla Mieli-suunnitelman ehdotusten toimeenpanoa.

Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi STM:ssä

Mielenterveys- ja päihdetyön valtakunnallisella koordinaatiolla vahvistetaan mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistäviä ja ongelmia ehkäiseviä tekijöitä yhteiskunnassa. Tavoitteena on mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisvaltainen kehittäminen valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti kaikilla yhteiskuntapolitiikan alueilla. Alkoholipolitiikkaan vaikuttaminen, järjestöjen toimintaedellytysten parantaminen ja osatyökykyisten työllistyminen ovat esimerkkejä yhteiskunnallisista koordinaatiohaasteista. Kehittämistyössä pyritään siihen, että mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä niihin liittyvä syrjäytyminen vähenevät, mielenterveys- ja päihdepalvelut perustuvat kansalaisten todellisiin tarpeisiin ja palvelut ovat vaivattomasti ja joustavasti saavutettavissa ja niiden toimintakäytännöt pohjaavat hyviin ja vaikuttaviksi arvioituihin käytäntöihin. Palvelujärjestelmässä kehitetään erityisesti peruspalveluita, jossa tukena on STM:n Toimiva terveyskeskus -ohjelma.

STM on asettanut ohjausryhmän Mieli-suunnitelman ylisektoriaalisen toimeenpanon tukemiseksi ajalle 1.3.2010–31.12.2015. Ohjausryhmä koostuu pääosin niistä henkilöistä, jotka olivat valmistelemassa Mieli-suunnitelmaa, mutta sitä on laajennettu sellaisten organisaatioiden jäsenillä, joille lankeaa suunnitelman toteuttamisvastuuta kuten Kansaneläkelaitos (Kela), Raha-automaattiyhdistys (RAY) ja opetusministeriö (OPM). Myös palveluiden käyttäjien näkemys on haluttu tuoda ohjausryhmään mahdollisimman laajasti. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimii STM:n terveyspalveluosaston johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki. Ohjausryhmän tehtävänä on tukea Mieli-suunnitelman toimeenpanoa eri yhteiskuntasektoreiden alueilla. Työryhmä arvioi vuosittain toimeenpanon etenemistä, ohjaa toimeenpanoa sekä edistää mielenterveys- ja päihdetyön kehittymistä laaja-alaisesti yhteiskuntapolitiikan eri alueilla.

Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen

Laadukas mielenterveys- ja päihdetyö edellyttää osaavaa ja sitoutunutta ammattihenkilöstöä, jolla on työhönsä riittävä peruskoulutus ja mahdollisuus uuden tiedon omaksumiseen ja käyttöönottoon työssään. Koska koulutuskysymykset liittyvät vahvasti OPM:n hallinnonalaan, edellyttää Mieli-suunnitelman toimeenpano STM:n ja OPM:n aktiivista yhteistyötä. Ministeriöiden yhteistyönä on jo aiemmin luotu päihdetyön koulutuksen minimisisällöt, jonkalaiset olisi saatava myös mielenterveystyölle. Näiden sisältösuositusten käyttöönotto eri koulutusmuodoissa edellyttää molempien ministeriöiden tukea. STM:n ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä on aloitettu kutsuseminaarisarja, jossa suositusten laatimista ja käyttöönottoa eri koulutusasteilla ja koulutusjärjestelmissä selvitetään ja viedään eteenpäin.

Mieli-suunnitelmassa ehdotetaan myös depressio- ja päihdehoitajamallin käyttöönottoa perusterveydenhuollossa. Erityisesti depressiohoitajamallin mukainen työskentely on yhteneväinen Masto-hankkeen tavoitteiden kanssa. Depressiohoitajan työn tekemiseen tarvittavaa koulutusta ja työn kehittämistä tullaan käsittelemään syksyllä 2010 STM:n ja Masto-hankkeen yhdessä järjestämässä valtakunnallisessa depressioforumissa. Depressiohoitajien koulutusta pohtii STM:n keräämä asiantuntijaverkosto.

Psykoterapiakoulutusta säätelevän lain uudistamisella puolestaan pyritään vaikuttamaan myönteisesti psykoterapian saatavuuteen.

Mielenterveys- ja päihdetyön resurssien vahvistaminen

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarvitaan taloudellista panostusta, joka ei voi jäädä vain kuntien tehtäväksi. STM on osoittanut tähän mennessä vuosien 2008–2011 kansallisen sosiaali-terveydenhuollon kehittämishankkeen (Kaste) kautta rahoitusta neljälle valtakunnallisesti kattavalle, laajalle mielenterveys- ja päihdetyötä kehittävälle hankkeelle yhteensä 14 miljoonaa euroa. Lisäksi yhteensä 27 miljoonalla eurolla tuetuissa lasten ja perheiden hyvinvointiin ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen keskittyvissä Kaste-hankkeissa tehdään Mieli-suunnitelman mukaista kehittämistyötä. STM:ssä kullekin Kaste-hankkeelle on nimetty valvoja, jonka tehtävä kehittämistyön tuen lisäksi on kerätä käytännön kehittämistyöstä syntyneitä kokemuksia oman ohjaustehtävänsä tueksi.

Lainsäädäntö Mieli-suunnitelman ehdotusten toimeenpanemiseksi

Mieli-suunnitelmassa ehdotetaan lukuisia lainsäädännön uudistustoimenpiteitä, kuten tahdosta riippumattoman hoidon säännösten uudistamista. Lisäksi siinä ehdotetaan monia toimintatapojen muutoksia, jotka saattavat edellyttää lakimuutoksia, kuten päihtyneiden selviämisasematoiminnan kehittäminen. Lainsäädännön lisäksi STM ohjaa palvelujärjestelmän toimintaa suosituksen luonteisilla ohjeilla, joissa voidaan Mieli-suunnitelman ehdotuksia panna toimeen käytännössä. Mieli-suunnitelman ehdotuksiin liittyvät laajimmat STM:n lainsäädäntöuudistukset ovat meneillään oleva terveydenhuoltolain valmistelu, jossa yhdistyy kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon sisällölliset velvoitteet, sekä itsemääräämisoikeuden rajoittamista koskevien säännösten kokoaminen yhteiseen lakiin. Lisäksi käynnissä olevassa sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamisessa otetaan huomioon Mieli-suunnitelman linjaukset erityisesti päihdehuollon osalta. Muuta uudistamistyötä tehdään muun muassa potilas- ja asiakaslaeissa, kuntoutuslainsäädännössä ja sähköisen potilastietorekisterin käyttöönottoon liittyvässä lainsäädännössä.

4.2.3 Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet

Meri Larivaara

Kaste eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2008–2011 on sosiaali- ja terveysministeriön (STM) lakisäätö- ja strateginen ohjauksellinen, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtioneuvoston antaman lain (733/1992) mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Valtioneuvosto hyväksyi Kaste-ohjelman 31.1.2008 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Kaste-ohjelma linjaa ohjelmakauden keskeiset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet sekä ne keinot, joilla tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Kaste-ohjelma toteutetaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyönä sekä STM:n ja sen alaisten laitosten toimenpiteinä. Ohjelman päätavoitteet ovat:

- lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä
- lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja
- parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta
- vähentää alueellisia eroja.

Näihin tavoitteisiin pyritään ennalta ehkäisemällä, varmistamalla henkilöstön riittävyys ja osaaminen sekä luomalla eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. Tavoitteiden saavuttamiseksi on määriteltä 39 toimenpidekokonaisuutta. Tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi on valittu 19 seurantaindikaattoria (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Kaste-ohjelman toteuttamisesta vastaa kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, joka seuraa ohjelman toteutumista, antaa ohjeita tavoitteiden saavuttamiseksi sekä suuntaa määrärahojen kohdentamista kehittämistoiminnan eri painopistealueille. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan työhön osallistuvat STM:n edustajien lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Työterveyslaitoksen (TTL), Suomen Kuntaliiton, aluehallintovirastojen, Valviran, kuntien ja muiden alueellisten toimijoiden, Raha-automaattiyhdistyksen (RAY), sosiaali- ja terveysjärjestöjen, opetusministeriön (OPM) ja työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) edustajat. Alueellisen kehittämistyön edistämiseksi, tukemiseksi ja yhtenäistämiseksi STM on nimittänyt viisi alueellista johtoryhmää. Alueellisten johtoryhmien tehtäviin kuuluu kullakin alueella tehtävän alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelman laatiminen, toteuttaminen ja seuranta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 65–66).

Alueelliset mielenterveys- ja päihdetyönhankkeet Kasteessa

Kuntien kehittämistyötä tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksilla, joihin on varattu tukea yhteensä 104,2 miljoonaa euroa vuosina 2008–2011. Valtionavustusta myönnetään useiden kuntien, kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden muodostamille laajoille hankekokonaisuuksille, joiden arvioidaan olevan alueellisesti ja/tai valtakunnallisesti merkittäviä. Valtionavustuksen myöntämisen perusteena on hanketoiminnan kiinteä yhteys kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja sen käytännön toiminnan uudista-

miseen. Hankkeiden tulosten tulisi olla laaja-alaisesti hyödynnettävissä ja aikaansaaduilla uudistuksilla tulisi olla edellytykset juurtua sosiaali- ja terveydenhuollon pysyväksi toiminnaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 64). Ohjelmakaudella valtionavustusta saaneet hankkeet ovat pääsääntöisesti olleet laajoja alueellisia hankekokonaisuuksia, jotka koostuvat useista pienemmistä paikallisista osahankkeista. Yhteensä valtionavustusta on myönnetty 23 kehittämishankkeelle (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut). Valtionavustusta on suunnattu ohjelmakaudella erityisesti seuraaville teema-alueille:

- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden ja -prosessien kehittäminen
- sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kehittäminen ja työhyvinvointi
- hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen
- osallisuuden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy, mukaan lukien pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen
- lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittäminen
- perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon vahvistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 64).

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä ei siis ole nostettu erityiseksi teema-alueeksi Kaste-ohjelman valtakunnallisessa toimeenpanosuunnitelmassa. Mielenterveys- ja päihdetyö nivoutuu kuitenkin keskeisesti kaikkiin nimettyihin teema-alueisiin sekä ohjelman päätavoitteisiin.

Käytännössä Kaste-ohjelman myötä onkin käynnistynyt mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi neljä mittavaa hankekokonaisuutta, joille on myönnetty valtionavustusta yhteensä yli 14 miljoonaa euroa. Vuonna 2009 valtionavustusta saivat Pohjois-Suomen ja Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdehankkeet ja vuonna 2010 Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen hankkeet (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut). Itä- ja Keski-Suomessa ei toistaiseksi ole käynnistynyt Kaste-ohjelmaan sisältyvää mielenterveys- ja päihdetyön hanketta, mutta alueella pohditaan hankekokonaisuuden muodostamista vuoden 2011 valtionavustusten hakuun.

Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeen lähtökohdat ovat Pohjois-Suomen alueiden mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistarpeissa, ja hankesuunnitelman viitekehyksenä toimii Pohjanmaa-hankkeen kehittämisstrategia. Tervein mielin -hankkeeseen osallistuvat Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä, Kainuun maakunta -kuntayhtymä sekä Lapin, Länsi-Pohjan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. Hankkeen tavoitteena on edistää pohjoissuomalaisen hyvinvointia edistämällä mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä, kehittämällä mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimivuutta ja vaikuttavuutta sekä lisäämällä avoimuutta. Hankekokonaisuuden yhteiset painopistealueet ovat mielenterveys- ja päihdestrategioiden laatiminen ja toteuttaminen yhteistoiminta-alueilla sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kehittäminen. Alueellisia painopisteitä ovat:

- terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ (Kainuu, Lappi ja Länsi-Pohja)
- hoitoketjujen kehittäminen (Pohjois-Pohjanmaa)
- työhyvinvointi (Keski-Pohjanmaa) (Pohjanmaa-hankkeen verkkosivut).

Väli-Suomen mielenterveys- ja päihdehanke Välittäjä 2009 tavoittelee uudenlaisia ajattelu- ja toimintatapoja yhdessä tekemisen ja ajankohtaisten paikallisten tarpeiden kautta. Välittäjä 2009 koostuu neljästä osahankkeesta, joissa on mukana Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit, Tampereen kaupunki ja Hämeen päihdehuollon kuntayhtymä. Hankkeen tavoitteita ovat:

- peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamallien ja palvelurakenteiden kehittäminen ja jalkauttaminen
- asiakkaiden osallisuuden lisääminen
- ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen ja juurruttaminen
- päihde- ja mielenterveystyön osaamisen vahvistaminen
- saumattomat palveluketjut peruspalveluista erityispalveluihin
- alueellisten mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmien laatiminen

Hanke on käynnistynyt vuonna 2009 ja jatkuu vuoden 2011 loppuun. Ensimmäinen vuoden lopulla suunniteltuvaiheesta on siirrytty toteuttamisvaiheeseen, ja käynnissä on yli 60 hankkeen kokonaistavoitteita edis-

tävää kehittämisprosessia. Myös hankkeen arviointityö on käynnistynyt, mutta hankkeen saavutuksista ja uusien toimintamallien juurtumisesta saadaan tietoa vasta hankkeen edetessä (Välittäjä 2009 -hankkeen verkkosivut).

Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke Länsi 2012 sai myönteisen valtionavustuspäätöksen maaliskuun 2010 lopussa. Hankkeeseen osallistuvat Satakunnan sairaanhoitopiirin kaikki jäsenkunnat sekä 11 Varsinais-Suomen kuntaa. Länsi 2012 suuntaa toimintansa erityisesti peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseen. Tavoitteina on:

- hyviin käytäntöihin tai näyttöön perustuvien toimintamallien käyttöönotto ja edelleen kehittäminen mielenterveyden edistämiseksi sekä päihdeiden käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisyssä
- päihde- ja mielenterveysosaamisen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla
- alueellisten päihde- ja mielenterveystyön suunnitelmien juurruttaminen ja edelleen kehittäminen arjen toimintaa ohjaaviksi työvälineiksi.

Hankesuunnitelmassa todetaan, että hankkeen onnistumisen kannalta keskeistä on hyväksyvän asenteen ja uusien toimintamallien levittäminen peruspalveluihin ja niiden juurruttaminen arjen toimintaan. Konkreettiset toimet on jaettu kolmeen ryhmään – ehkäisevän työn konkretisoiminen, ryhmämuotoisten toimintojen kehittäminen sekä päihde- ja mielenterveystyön suunnitelmien kehittäminen – jotka on tarkoitettu juurruttamaan mukana olevien kuntien alueella toteutettavina pilotteina (Vuoden 2010 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet).

Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke sai niin ikään myönteisen valtionavustuspäätöksen maaliskuun 2010 lopulla. Hankkeessa on mukana 35 kuntaa Uudenmaan, Itä-Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan alueella. Mukana on 14 hankeaihiota, jotka sitoutuvat yhteiseen palvelulupaukseen: kuntalainen, jolla on tunne pahoinvoinnista tai jossain havaittu avun tarve, saa apua uudelleen viritetystä mielenterveys- ja päihdepalveluiden turvaverkosta kolmen päivän kuluessa yhden oven takaa. Hankkeen tavoitteena on edistää eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä sekä parantaa niiden ihmisten avunsaantia, joilla jo on ongelmia. Tavoitetta aiotaan toteuttaa seuraavien keinoin:

- mahdollistamalla kuntalaisten osallisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa
- luomalla uudenlaisen matalan kynnyksen palveluverkosto
- lisäämällä ammattilaisten osaamista

Konkreettisina toimina hankkeessa on tarkoitettu muun muassa mallintaa kokemusasiantuntijoiden tehtäviä, ottaa käyttöön informaatioteknologiaan perustuvia auttamismenetelmiä, luoda uudenlaisia päivystysjärjestelyjä, perustaa kynnyskettömiä Miellä-keskuksia keskelle ihmisten arkea ja kehittää uusia menetelmiä nuorten syrjäytymiskierron katkaisuun (Vuoden 2010 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet).

Mielenterveys- ja päihdetyön hankekokonaisuuksien lisäksi mielenterveys- ja päihdetyö punoutuu kiinteästi lasten, nuorten ja perheiden palveluiden Kaste-hankkeisiin. Teema-alueen tavoitteena on palvelukulttuurin muutosprosessi, jossa lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluita uudistetaan kokonaisuutena heidän kehitysympäristöjään tukeviksi. Uudistusprosessi vahvistaa ylisektoriaalisia rakenteita ja työmenetelmiä. Kullakin viidellä Kaste-alueella on käynnissä laajapohjainen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden hankekokonaisuus, jossa mielenterveys- päihdetyö kytkeytyy osaksi palveluiden kokonaisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut):

- Pohjois-Suomi: Tukeva vuosina 2008–2010 ja Tukeva II vuosina 2010–2012
- Itä- ja Keski-Suomi: Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittäminen Itä- ja Keski-Suomessa vuosina 2008–2011 sekä Lapset ja perheet Kaste II vuosina 2010–2012
- Väli-Suomi: Väli-Suomen lasten, nuorten ja lapsiperheiden kehittämishanke vuosina 2009–2011
- Länsi-Suomi: Remontti-hanke vuosina 2008–2010 ja Remontti II -jatkohanke vuosina 2010–2012
- Etelä-Suomi: Lapsen ääni -kehittämisohjelma vuosina 2009–2011.

Kaikissa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden hankkeissa työn painopistettä pyritään siirtämään korjaavasta työstä kehitysympäristöihin sekä perus- ja avopalveluihin kehittämällä ennaltaehkäisyä ja varhaista

tukea. Tavoitteena on madaltaa palveluiden välisiä rajapintoja sekä yhtenäistää palveluita. Asiakkaiden osallisuus on yksi kantava teema kaikissa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden hankekokonaisuuksissa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut). Ikäihmisten palveluiden Kaste-hankkeet sen sijaan keskittyvät palvelurakenteiden ja toimintamallien uudistamiseen sekä toimintakyvyn monipuoliseen tukemiseen, jolloin ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäiseminen ei näy erillisenä painopisteenä Kaste-hankkeissa (Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut).

Miten Mieli-suunnitelma näkyy Kaste-hankkeissa?

Mieli-suunnitelmalle ja Kaste-ohjelmalle on yhteistä asiakkaan aseman vahvistaminen, ennaltaehkäisevän työn painottaminen sekä eheiden palvelukokonaisuuksien luominen (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, 2009). Mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet ovat yhteneviä Mieli-suunnitelman kanssa myös siltä osin, että ne painottavat perus- ja avohoitopalveluita sekä matalakynnyksisen yhden oven periaatetta. Mieli-suunnitelman ehdotukset ovat selvimmin mukana vuonna 2010 käynnistyvissä Länsi- ja Etelä-Suomen hankekokonaisuuksissa, joiden hankesuunnitelmat on laadittu Mieli 2009 -työryhmän ehdotusten julkistamisen jälkeen. Lasten, nuorten ja perheiden palveluiden Kaste-hankkeet ovat käynnistyneet jo vuosina 2008–2009, mutta niiden pyrkimys uudistaa palveluita lasten ja nuorten kehitysympäristöjä tukeväksi on yhdenmukainen Mieli-suunnitelman tavoitteessa toteuttaa lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelut ensisijaisesti heidän arkisessa elinympäristössään.

4.2.4 Toimiva terveyskeskus toimeenpano-ohjelma mielenterveys- ja päihdesuunnitelman täytäntöönpanossa

Simo Kokko

Toimiva terveyskeskus -toimeenpano-ohjelma on STM:n hanke, jonka tavoitteena on perusterveydenhuollon vahvistaminen kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Ohjelman taustalla ovat huomiot ja kokemukset perusterveydenhuollon joutumisesta vaikeuksiin avainhenkilöstön rekrytoinnin ja myös vastaanottopalveluiden saatavuuden ongelmien vuoksi.

Ohjelman toimenpiteet on esitelty tiiviissä muodossa STM:n kotisivuilta löytyvässä esitteessä (Toimiva... 2009). Ohjelman täytäntöönpanosta on valmisteltu kesällä 2010 julkaistavaksi suunniteltua konkreettista suunnitelmaa, jossa yksilöidään tärkeimmät ohjelman prioriteettialueet ja kohdistetaan valmistelu- ja toteuttamisvastuut eri yhteistyötahoille.

Ohjelmaa toteuttavat STM:n vastuuvirkamiesten kanssa yhdessä THL sekä ohjelman toteutukseen sitoutuneet järjestöyhteistyökumppanit, jotka edustavat lähinnä perusterveydenhuollossa toimivia ammattiryhmiä.

Ohjelman toteutuksen erityisenä haasteena on ollut sen ajoittuminen julkisen talouden tiukan säästökuurin aikaan. Itse ohjelmalle ei ole voitu varata erityisiä hankevoimavaroja, vaan erikseen rahoitettavat kehittämistoimet on jouduttu ohjaamaan toteutumaan Kaste-kehittämishankkeista saavien hankkeiden muodossa. Niinpä perusterveydenhuoltoon kohdistuvat Kaste-kehittämishankkeet ja Toimiva terveyskeskus muodostavatkin tiiviisti yhteen liittyvän kokonaisuuden.

Toimiva terveyskeskus -hankkeen vahvimmin kentällä näkynyt tapahtuma on ollut keväällä 2009 järjestetty terveyskeskusten edustajien valtakunnallinen seminaari, jossa kartoitettiin perusterveydenhuollon vahvistamisen prioriteetteja ja linjattiin toimenpideohjelman suunnittelua näiden mukaisesti. Vastaavanlainen valtakunnallinen seminaari järjestetään kesäkuussa 2010. Tämä seminaari keskittyy pääasiassa valtakunnalliseksi prioriteetiksi valitun ”terveyshyötymallin” (chronic care model) eri elementtien esittelyyn.

Terveyshyötymalli prioriteettina

Terveyshyötymallin käyttöön ottamisen tavoitteena on pitkäaikaissairauksia sairastavien henkilöiden palveluiden ja hoidon kokonaisuuden järjestelmällinen organisointi perusterveydenhuollossa. Hoito tullaan perustamaan pitkäaikaissairauksia sairastavien palveluiden ja palveluihin kiinnittämisen räätälöityyn suunnit-

teluun ja hoitosuhteen porrasteiseen järjestämiseen. Paljon palveluita ja tukea tarvitseville osoitetaan henkilökohtainen palveluohjaaja (case manager). Niille, jotka tarvitsevat palveluja kansantautien vaaratekijöiden vuoksi, mutta eivät yksilöllistä intensiivistä palveluohjausta, pyritään puolestaan tarjoamaan apua omatoimisen hoidon, elektronisten apuvälineiden ja vertaistuen muodossa. Näillä järjestelyillä odotetaan sekä palveluiden käytössä että voimavarojen kohdistumisessa tapahtuvan tehostumista, mikä puolestaan edistää palveluiden perimmäisenä tavoitteena olevan terveyshyödyn muodostumista.

Terveyshyötymallin prioriteetiksi valitsemisen taustalla on ollut arvio, että vaikka yksittäisiä pitkäaikaissairauksia sairastavat ovat useimmissa maan terveyskeskuksissa voineetkin saada hyvää ja laadukasta hoitoa lääkäreiden ja näihin sairauksiin perehtyneiden hoitajien avulla, palvelut eivät ole muodostaneet riittävän hyvin toimivia kokonaisuuksia. Erityisesti vaarana on ollut, että on päädytty hoitamaan jokaista pitkäaikaissairautta erikseen oman hoito-ohjelman mukaan, vaikka perusterveydenhuollon keskeisenä periaatteena on potilaan kohtaaminen kokonaisvaltaisesti ja tähän liittyvä koordinaatio ja ohjaus.

Terveyshyötymallin kehittämissä on pidetty tärkeänä, että mallia sovelletaan sekä somaattisiin että psyykkisiin pitkäaikaissairauksiin. Samoin on ollut selvää, että niissä tilanteissa, joissa runsas ja usein toistuva tuen tarve – riippumatta siitä, mitä erillisiä pitkäaikaissairauksia potilaalla on – liittyy usein psyykkisiin, sosiaalisiin tai kognitiivisen selviytymiskyvyn ongelmiin. Näin ollen psykososiaaliset näkökohdat ja mielenterveyspalveluiden mukaan integrointi ovat terveyshyötymallissa erityinen haaste. Tämän haasteen kohtaaminen tulisi olla näkyvässä osassa sekä mallin kehittämissä toimivien Kaste-hankkeiden että mallia laajemmin valtakunnallisesti levittävän Toimiva terveyskeskus -ohjelman toimintasisällöissä.

Vastaanotto toiminnan kehittäminen

Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta on ollut kansainvälisestäkin katsoen suomalaisen terveyskeskuksen erityinen haaste, ja samalla toistuvien onnistumis- ja pettymyskokemusten synnyttäjä. Kansanterveyslain alkuvuosista lähtien tavalliselle kiireettömälle ajanvarausvastaanotolle ajan saaminen on ollut suurimmassa osassa maan terveyskeskuksia ongelma. Siinä missä kansainvälinen odotus on, että vastaanottoajan saa 1–4 päivän sisällä, Suomessa on jouduttu puhumaan 1–4 viikosta tai jopa kuukausienkin odotusajoista.

Seurauksena on ollut sekä tyytymättömyyttä koko terveyskeskuspalveluun että väestön hakeutumista epätarkoituksenmukaisilla tavoilla päivystysvastaanoille myös silloin, kun avun tarve ei ole luonteeltaan päivystyspalvelua vaativa. Sukupolvien ajan on kehittynyt erityinen ”suomalainen” kulttuuri. Silloin, kun omalääkärijärjestelmät ovat toimineet parhaiten, päivystysvastaanoilla käyneiden osuudet ovat vähentyneet jyrkästikin omalääkäripalvelun vastatessa kansainvälisen käytännön mukaisesti pitkälti myös akuutteihin ongelmiin. Omalääkärijärjestelmät ovat puolestaan joutuneet lääkäri työvoiman vajeiden vuoksi vaikeuksiin ja niiden palvelukyky on kärsinyt.

Vastaanotto toiminnan palvelukykyä on menestyksellisesti parannettu 2000-luvulla hoitajien vastaanotto palveluita kehittämällä ja lisäämällä. Vastaanotto toiminnan haasteita on lisännyt huomattavasti terveyskeskus päivystyksen siirtyminen maakunnallisten yhteispäivystysten vastuulle. Nämä yleensä keskus- tai aluesairaaloitten poliklinikoiden yhteydessä toimivat päivystyspalvelut ovat omaksuneet tiukat ja valikoivat linjat päivystykseen pääsyssä. Ne, joiden ongelma tai avun tarve on tullut luokitelluksi ei-kiireelliseksi, ohjataan hakemaan apua päivääkäsistä palveluista terveysasemilta.

Mielenterveys- ja päihde ongelmien vuoksi vastaanotto palveluita tarvitsevien kannalta vastaanotto palveluiden saamisen vaikeudet ovat muodostaneet selkeästi epätarkoituksenmukaisia kynnyksiä maan peruspalveluissa. Nykyisissä päivystyspisteissä varaudutaan kyllä vakavimpien psykoottisten kriisien, itsemurhayritysten sekä päihde ongelmiin liittyvien sekavuustilojen arviointiin ja kohtamiseen, mutta vaarana on, että arjen psykososiaaliset ongelmat, esimerkiksi depressio, ahdistuneisuus ja elämänkriisit eivät tule kynnyksen ja ohjailujen vuoksi kohdatuiksi riittävässä määrin.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa esitetty periaate matalan kynnyksen vastaanotto palvelujen kehittämisestä onkin edellä kuvatun kehityksen taustaa vasten erityisen tärkeä. Matalan kynnyksen palveluita ei ole tarkoitus sijoittaa keskitettyihin yhteispäivystyspisteisiin, vaan niistä pitäisi tulla osa terveysasemien tai muiden sosiaali- ja terveyspalvelupisteiden päivääkäsistä palveluista, jotka kuitenkin toimivat myös ilman jäykistäviä ajanvarauskäytäntöjä. Pitkäaikaissairauksiin keskittyvä terveyshyötymalli organisoi ja

turvaa mallin piirissä oleville tarkoituksenmukaiset vastaanottopalvelut. Hoitotyön vastaanottopalveluiden laajenuksella akuuttien ongelmien neuvontaan ja arviointiin voidaan sitoa myös henkilöstövoimavaroja. Matalan kynnyksen vastaanottopalveluiden asema peruspalveluiden kartoilla ja näihin palveluihin tarvittavan henkilöstön saaminen ja tarvittavan osaamisen turvaaminen tulevat olemaan kriittisiä kysymyksiä koko toimintamallin käyntiin saamisen ja levittämisen kannalta.

Käynnissä olevissa tai vuoden 2010 aikana käynnistyvissä Kaste-hankkeissa on mukana sellaisia, joissa kehitetään vastaanottopalveluita. Tällaisia ovat ainakin eteläisen Suomen kaupunkipaikkakunnilla toteutettava Hyvä vastaanotto -hanke sekä Itä- ja Keski-Suomen RAMPE-hanke. Olisi hyvin tärkeää voida kytkeä matalan kynnyksen vastaanottopalveluiden kehittäminen mukaan näihin hankkeisiin. Toimiva terveyskeskus-ohjelma voisi puolestaan toimia hyvien toimintamallien valtakunnallisen levittämisen kanavana, joten matalan kynnyksen palveluiden kehittäjien olisi hyvä varautua valmistelemaan tapauskertomusten, ohjeiden, oppaiden ja muun vastaavan aineiston avulla tukea valtakunnalliselle matalan kynnyksen vastaanottopalveluiden kehittämiselle.

5 Pohdinta

Juha Moring, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling

Mielisairaslain ja sen myötä mielisairaanhoidopiirien lakkaamisen jälkeen mielenterveyspalvelut maassamme ovat kehittyneet varsin kirjavasti. On kuntia ja alueita, jotka tukeutuvat pääasiassa sairaanhoitopiirien tuottamaan psykiatriseen erikoissairaanhoidoon, ja omat palvelut ovat varsin vähäisiä. Toiset ovat kehittäneet toimintaa myös perusterveydenhuollon yhteydessä, usein lähtökohtana on ollut mielisairaanhoidopiirin perustaman mielenterveystoimiston tai -neuvolan siirtyminen kunnan toiminnaksi. Joissakin kunnissa on perusterveydenhuollon yhteydessä myös psykiatrian erikoislääkäri vahvistamassa kunnan omaa toimintaa. Pisimmälle ovat edenneet ne suuret kaupungit, joilla on kokonaan oma psykiatrinen erikoissairaanhoido vuodeosastoinen. Tämä ei kuitenkaan aina merkitse sitä, että niiden perusterveydenhuollon mielenterveys-työ olisi hyvin kehittynyttä.

Päihdepalveluiden parin viime vuosikymmenien aikaista kehitystä on ollut ohjaamassa päihdehuoltolaki. Päihdepalveluiden järjestäminen on kuntien vastuulla, ja vaikka lain mukaan kunnan tulee järjestää päihdepalveluja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa että päihdehuollon erityispalveluina kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan, käytännössä kuntien välillä on suuria eroja niin päihdepalveluiden järjestämistavassa kuin myös päihdepalveluiden riittävydessä. Päihdepalvelut ovat osoittautuneet myös hyvin haavoittuviksi kuntatalouden vaihteluille, koska viime vuosina yli puolet päihdehuollon erityispalveluista on tuotettu ei-voittoa tuottavien järjestötoimijoiden ja yksityisten palveluntuottajien toimesta. Sekä 1990-että 2000-luvun lama on merkinnyt erityisesti laitospuotoisen päihdehoidon vähentymistä, mikä on merkinnyt vaikeimmin päihdeongelmaisten hoitomahdollisuuksien heikentymistä. Huumeiden käyttäjien hoitoon panostaminen 2000-luvun alussa on kuitenkin samanaikaisesti merkinnyt alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuvien hoitomahdollisuuksien tiukentumista, vaikka edelleen valtaosa suomalaisista päihteiden ongelmakäyttäjistä on ensisijaisesti alkoholin ongelmakäyttäjiä.

On selviä viitteitä siitä että vakavien mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja nopea hoidon aloittaminen vähentää sairastamisen vaikeusastetta, ja voi parhaassa tapauksessa estää psykoosin puhkeamisen. Varhaisvaiheen päihdeongelmiin puuttumisella voidaan ehkäistä vakavampia, ja huomattavasti enemmän voimavaroja vaativia päihdeongelmia. Aktiivinen mielenterveyshäiriöiden hoito ehkäisee ongelmien kroonistumista. Päihdeongelmien hoito on aina kannattavampaa kuin hoidotta jättäminen. Huumeihoitoon ja huumeiden käytön haittojen vähentämiseen kohdistettu resursointi 2000-luvun alussa on tuottanut moninkertaisesti siihen sijoitetut resurssit takaisin, koska palveluiden kehittämällä on pystytty rajoittamaan 1990-luvun lopussa alkanut hiv-epidemia huumeiden käyttäjien keskuudessa.

Hyvä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ja kuntoutus auttaa säilyttämään työkykyä. Vuonna 2008 mielenterveys- tai päihdehäiriöiden vuoksi oli eläkkeellä 116 482 suomalaista ja kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olijoista 44,5 prosentilla työkyvyttömyyden syynä olivat nämä häiriöt. Olisiko edes pieni osa heistä säilynyt työelämän piirissä jos järjestämisvastuussa olevat kunnat olisivat ottaneet käyttöön ne ehkäisevän työn keinot jotka tiedetään toimiviksi? Ja jos kynnys mielenterveys- ja päihdepalveluihin olisi matala, ja monipuolisia hoito- ja kuntoutuspalveluja olisi saatavilla? Hoito, kuntoutus, asumispalvelut ja eläkkeet kustannetaan viime kädessä samoista, yhteisistä verorahoista, vaikka rahan siirtymisen reitit ovat erilaisia. Oman kassan kautta kulkevista menoista säästäminen on ymmärrettävää, vaikka samaan aikaan ei ehkä tulla ajatelleeksi, että siten kasvatetaan kokonaismenoja. Varhainen eläköityminen on aina kallein vaihtoehto. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvien päihdeongelmien hoidon kustannusten rinnalla on myös tarkasteltava yhteiskunnalle laajemmin päihteistä aiheutuvia kokonaiskustannuksia, kuten päihteiden käytön seurauksena syntyvän häiriökäyttäytymiseen ja rikollisuuteen liittyvän kontrollijärjestelmän kustannuksia. Ehkäisevää päihdetyötä ja päihdepalveluja kehittämällä voidaan vähentää yhteiskunnan kokonaiskustannuksia.

Sekä mielenterveysongelmat että päihdeongelmat heijastuvat myös ongelmista kärsivien omaisiin ja heidän hyvinvointiinsa. Hoitamattomat mielenterveys- ja päihdeongelmat lisäävät entisestään myös ongelmista kärsivien omaisten palveluiden tarvetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työotteessa painottuu usein

vahvasti yksilöllisten tarpeiden hyvä huomioiminen, mutta erityisesti mielenterveys- ja päihdetyössä olisi tärkeä huomioida myös omaiset – sekä ongelmista kärsivän yksilön toipumisen ja kuntoutumisen mahdollisena tukena että myös itse palvelujärjestelmän tukea tarvitsevinä ja siitä itsekkin hyötyvinä asiakkaina.

Mieli-suunnitelma antaa hyvät lähtökohdat sekä ehkäisevän työn että palvelujen kehittämiseksi suuntaan, joka auttaa hallitsemaan kokonaisuutta. Osallistamalla erilaisiin päihde- ja mielenterveystyön kehittämisverkostoihin ja -hankkeisiin THL haluaa varmistaa vuoropuhelun säilymisen kaikkien toimijoiden kanssa. Tässä tarvitaan myös yhteistä kehittämistyötä monipuolisempien tilannekuvien luomiseksi. Valtakunnallisella tasolla asiakas- ja omaisnäkökulmaa edustavat järjestöt on otettu mukaan toimeenpanosuunnitelman seurantaan (STM:n ohjausryhmä). Olisi toivottavaa, että näin tapahtuisi myös paikallisessa ja alueellisessa kehittämistyössä.

STM:n asettamalla valtakunnallisella ohjausryhmällä pyritään tukemaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa laajemmalla pohjalla. Ohjausryhmässä on sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden lisäksi myös muiden ministeriöiden edustajia, palveluiden rahoittamisesta ja kehittämistyön rahoituksesta vastaavia tahoja sekä järjestöjen edustajia. Kritiikkiä herättäneeseen sosiaalityön äänen heikkoon kuulumiseen on pyritty vastaamaan vahvistamalla sosiaalityön näkökulmaa valtakunnallisessa ohjausryhmässä – monipuolisesti sosiaalityötä kehittävät sosiaalialan osaamiskeskukset ovat edustettuina valtakunnallisessa ohjausryhmässä.

THL:n lähivuosien toimeenpanolle valitsevat avaintemat ja kärkihankkeet vastaavat hyvin toimijakentän arvioita Mieli-suunnitelman eri ehdotusten merkityksellisyydestä. Kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen vahvistaminen, pakon käytön vähentäminen psykiatrisissa sairaaloissa, sukupolvelta seuraavalle siirtyvien ongelmien ehkäisy, kuntien strategiatyön ja koordinaation jäntevoittaminen, matalakynnyksisten avo- ja peruspalveluiden kehittäminen saivat kaikki laajan hyväksynnän kerätyssä palautteessa. Mieli-suunnitelman toimeenpano merkitsee käytännön kehittämistyön tukea eri tavoin. Eri puolilla maata on meneillään pieniä ja suuria hankkeita oman alueen palvelujen parantamiseksi. Tiedon välittäminen niissä syntyvistä hyvistä toimivista käytännöistä koulutustilaisuuksien, verkostojen ja nettisivujen kautta on myös osa THL:n roolia toimeenpanossa. THL:n asiantuntijat osallistuvat myös suoraan erilaisten hankkeiden toteuttamiseen.

THL:n kokoaman ja jalostaman tilastomateriaalin avulla kunnat voivat arvioida omaa tilannettaan eri näkökulmista. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten hoitoon pääsyä ja hoidon laatua koskevan seurantatutkimuksen käynnistäminen luo tietopohjaa, jolle kehittämistyötä kunnissa voidaan perustaa. THL tuottaa kuntien käyttöön myös seurantaindikaattoreita. Viestiessään kentälle THL pyrkii ottamaan huomioon eri kehittämiskumppaneiden ja kohderyhmien erilaiset tietotarpeet ja eriyttämään viestintää sen mukaisesti.

Vaikka mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanoon ei odotuksista huolimatta saatu erillisrahoitusta, resursseja myös mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen on saatu Kaste-ohjelman kautta. Neljällä viidestä Kaste-alueesta on meneillään laajat mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeet.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on selvästi ollut vauhdittamassa mielenterveys- ja päihdepalveluiden sekä ehkäisevän työn kehittämistä osana meneillään olevaa kunta- ja palvelurakennemuutosta. Kuntien vastuulla on tehdä omat ratkaisunsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluidensa uudelleen järjestämistä, mutta näyttää siltä, että osa kunnista ja monet sairaanhoitopiirit ovat jo huomioineet Mieli-suunnitelman linjaukset niissä meneillään olevassa uudistamistyössä. Monin paikoin myös järjestöt ovat aikaisempaa aktiivisemmin palvelujärjestelmän uudistamiseen liittyvässä yhteistyössä julkisen sektorin toimijoiden kanssa yhteistyössä. Järjestöt ovat käynnistäneet myös itse monipuolista kehittämistyötään niin kokemusasiantuntijuuden paremmaksi hyödyntämiseksi kuin myös vertaistoiminnan kehittämiseksi. Ne ovat käynnistäneet keskustelun myös mielenterveyden edistämisen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyn sekä ehkäisevän päihdetyön lähentämisestä, tai ainakin niille yhteisten ja erillisten piirteiden tunnistamisesta osana Tekryn ehkäisevän päihdetyön foorumin toiminnan kehittämistä.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on lähivuosina uudistamisen kohteena. Uudistamisen tavoitteena tulisi myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta olla kokonaisuus, jossa yhteisiä varoja käytetään parhaan mahdollisen tiedon pohjalta mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämiseen, häiriöiden ehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen.

Kirjoittajien ja toimituskunnan jäsenten esittely

Bergman, Viveca. VTM, projektipäällikkö. Mieli-suunnitelman THL:n toimeenpanoryhmän jäsen.

Karlsson, Thomas. VTM. Toimii THL:lla Alkoholi ja huumeet -yksikön tutkijana, jossa hän keskittyy lähinnä kansallisen alkoholipolitiikan tutkimiseen ja kansainvälisten vertailujen tekoon. Viimeistelee väitöskirjaansa Åbo Akademiin aiheena Pohjoismainen alkoholipolitiikka EU:ssa. Ennen THL:ää ollut tutkijana Stakesissa vuodesta 2000 ja tätä ennen projektivastaavana Pohjoismaisessa päihdetutkimuslautakunnassa.

Kokko, Simo. LKT, yleislääketieteen dosentti. Toimii THL:lla kehittämisspäällikkönä. On alun perin perusterveydenhuollon tutkija ja opettaja, ollut 19 vuotta Stakesin ja THL:n palvelujärjestelmän asiantuntijatehtävissä perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien palvelualueiden asioissa, sisältäen myös mielen-terveys- ja psykososiaalisten palvelujen kysymykset.

Kuussaari, Kristiina. VTT. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä erityisalueenaan päihdepalvelujärjestelmän tutkimus. Aiemmin vastannut Stakesissa päihdeilastoista ja tehnyt päihdepalveluihin liittyvää tutkimustyötä Turun yliopistossa.

Larivaara, Meri. LL, FM. Toimii THL:lla Kaste-ohjelmapäällikkönä. On työskennellyt lääkärimäisenä psykiatrian ja nuorisopsykiatrian palveluissa sekä A-klinikkasäätiön Helsingin nuorisoasemalla. THL:n työn ohella työskennellyt osa-aikaisesti Malmin nuorisopsykiatrian poliklinikalla Helsingissä.

Lönnqvist, Jouko. LKT ja psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti (VET) ja organisaatiokonsultti (FIN-NOD). Toimii THL:n Mielenterveys ja Päihdepalvelut -osaston johtajana ja tutkimusprofessorina. Lisäksi Helsingin yliopiston psykiatrian professori ja HUS/Psykiatrian ylilääkäri.

Moring, Juha. LKT, psykiatrian erikoislääkäri, dosentti. Vuoden 2010 alusta ylilääkärinä THL:lla, ja vastaa Mieli-suunnitelman toimeenpanosta. Toiminut eri tehtävissä mielenterveystyössä 30 vuotta, viimeksi OYS Psykiatrian johtajana.

Nevalainen, Veijo. LL, psykiatrian erikoislääkäri. Ylilääkärinä THL:n Mielenterveys ja päihdepalvelut -osastolla. Työskentelee ylilääkärinä Imatran kaupungissa, mielenterveyspalveluiden vastuualueella. On THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Nordling, Esa. PsT. Toimii THL:ssa kehittämisspäällikkönä Mielenterveyden edistämisen yksikössä. Työskennellyt aiemmin kliinisen psykologin ja tutkijapsykologin tehtävissä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatriassa ja yliassistenttina ja lehtorina Tampereen yliopiston psykologian laitoksella yhteensä noin 25 vuotta. Lisäksi kehittämistehtäviä erilaisissa mielenterveys- ja päihdetyön hankkeissa. On THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Partanen, Airi. Esh, THM. Työskentelee kehittämisspäällikkönä THL:n Mielenterveysongelmat ja päihdepalvelut -yksikössä päihdetyön kehittämisen asiantuntijatehtävissä. Tehnyt työuransa pääosin päihdetyön parissa käytännön hoitotyössä ja kehittämistehtävissä. Toimii Mieli 2009 -työryhmän asiantuntijana ja on THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Stenius, Kerstin. FT. Toimii erikoistutkijana THL:lla, asiantuntija-alueena päihdepalvelujärjestelmät. Aloittanut tutkimusuransa 1970-luvulla tutkimalla Ruotsin siirtolaisten mielenterveysongelmia sekä psykiatrian valmiuksia kohdata niitä. Viimeiset parikymmentä vuotta tehnyt vertailevaa ja historiallista päihdepalvelujärjestelmää koskevaa tutkimusta erityisesti pohjoismaisesta näkökulmasta.

Suvisaari, Jaana. LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, akatemiaturkija. Ylilääkäri ja Mielenterveys- ja päihdeongelmat -yksikön päällikkö THL:lla. Tehnyt tutkimustyötä psyykkisten ongelmien esiintyvyydestä ja riskitekijöistä eri väestöryhmissä.

Virtanen, Ari. VTL. Toimii erikoissuunnittelijana THL:lla Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietovarannot -yksikössä, asiantuntija-alueena päihde- ja toimeentulotukitilat. Toiminut aiemmin Stakesissa kansallisen Reitox-keskuksen johtajana.

Vuorenmaa, Maritta. KT, YTM. Toimii kehittämisspällikkönä THL:n Vaasan toimipaikassa, jonka kansallisia tehtäviä ovat mielenterveyden edistäminen ja maahanmuuttajien integraation tukeminen. Mukana alusta lähtien Mieli-suunnitelman valmistelussa. On THL:n Mieli-toimeenpanoryhmän jäsen.

Vuorilehto, Maria. LT, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri. Toimii lääkintöneuvoksena STM:ssä vastuualueenaan mielenterveys- ja päihdepalvelut. Työskenteli uransa alkuvaiheessa terveyskeskuslääkärinä 12 vuotta. Erikoistuttuaan psykiatriksi 1999 asetui perusterveydenhuollon kehittämistyöhön ja toimi Vantaan Sateenvarjo-projektissa päällikkönä 2004–2008. Väitteli vuonna 2008 terveyskeskuspotilaiden depressiosta.

Wahlbeck, Kristian. Psykiatrian dosentti. Toimii Maailman terveysjärjestön WHO:n mielenterveystyön senioriasiantuntijana Kööpenhaminassa ja on THL:n mielenterveys- ja päihdepalveluosaston tutkimusprofessori, asiantuntija-alueenaan palvelujärjestelmän tutkimus ja kehittäminen. Lisäksi mielenterveystyöhön liittyviä asiantuntijatehtäviä Euroopan komissiossa ja Pohjoismaiden ministerineuvostossa, ja toiminut myös Helsingin yliopiston psykiatrian professorina.

Warsell, Leena. VTT. Toiminut THL:lla kehittämisspällikkönä asiantuntija-alueenaan ehkäisevän päihdetyön kehittäminen. Työskennellyt aiemmin vuosina 1985–1996 Alkon pääkonttorissa alkoholiasioiden tiedottajana ja toimittajana, Stakesissa 1996–1998 kehittämisspällikkönä ehkäisevä päihdetyön kehittämissä. Väitteli valtiotieteitten tohtoriksi syksyllä 2004 Alko-yhtiöiden purkamisesta.

Kirjallisuusviitteet

- Ahlström, S. & Mäkelä, P. Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74(2009):6, 674-678.
- Alkoholin kulutus 2009 - Alkoholkonsumtion 2009. Valvira, 2009.
- Alkoholiohjelma 2008-2011. STM 2008. URL: <<http://info.stakes.fi/alkoholiohjelma/Fl/index.htm>> [10.5.2010].
- Alkoholiohjelman 2004-2007 arviointiraportti. Pricewatercoopershouse, 2008. URL: <<http://info.stakes.fi/tietokannat/A-ohjelma/stm/2004arviointi.pdf>> [10.5.2010].
- Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. SOU 2006:100. Stockholm: Socialdepartementet, 2006. URL: <<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf>> [21.04.2010].
- Arponen, A. & Brummer-Korvenkontio, H. & Liitsola, K. & Salminen, M. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapisteoiminnan onnistumisen edellytyksinä. Poikkeatieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B, 15/2008.
- Babor, T. ym. Alcohol - no ordinary commodity. Research and public policy. Second edition. Oxford Medical Publications. Oxford, Oxford University Press., 2010.
- Boelius, T. Päihtäinen mieli, alkoholi ja sosiaalityö. Sosiaalietieto (2010):1.
- Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen. Stockholm: Regeringskansliet, 2010.
- Christoph, I. (red.) Mot en bättre missbrukarvård? En undersökning av förutsättningarna för att evidensbasera vården i fyra organisationer. SoRAD-rapport nr 57. Stockholm: SoRAD, Stockholms universitet, 2010.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Stakes, Työpapereita 3/2006.
- Erikoissairaanhoidotolaki (1062/1989).
- Eskola, J. & Karila, A. (toim.). Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy., 2007.
- Forskningsrådet. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2009.
- Grimaldi, S. & Partonen, T. & Haukka, J. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. Seasonal vegetative and affective symptoms in the Finnish general population: Testing the dual vulnerability and latitude effect hypotheses. Nordic Journal of Psychiatry 2009 Apr 10:1-8.
- Hakkarainen, P. & Metso, L. Huumeuskysymyksen muuttunut ongelma. Vuoden 2006 huumeuskyselyn tulokset. Yhteiskuntapolitiikka 72:5, 541-552.
- Hecksher, D. Gravide med rusmiddelfproblemer i Danmark. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift (26)3: 295-303, 2009.
- Heinonen, J. Yksi ovi, matala kynnys. Tiimi (2009):2.
- Hiltunen, L. & Partonen, T. & Haukka, J. & Lönnqvist, J. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947-2006. Duodecim 2009;125:1802-1806.
- Holmila, M. & Warpenius, K. & Warsell, L. & Kesänen, M. & Tamminen, I. Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti. THL:n julkaisuja 5/2009.
- Holmila, M. (toim.). Yhteisö ja interventio. Stakes, Tutkimuksia 73, Helsinki, 1997.
- Holmila, M. Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevässä paikallistoiminnassa Tikkurilassa ja Myllypurossa. Stakes, Tutkimuksia 122, 2002.
- Huhtanen, P. (2008). Erillisajo Stakesin vuoden 2007 päihdetapauslaskennasta.
- Hursti, T. & Nystrand, V. & Suojasalmi, J. Mitä mieltä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta? Tiimi (2009): 2, 5-8.
- Huumausainepolitiikan kertomus. STM:n selvityksiä 2009:21.14.
- Huumetilanne Suomessa 2009. Uusin tieto, uusimmat kehityssuunnaukset ja erityisteemat huumeista. Raportti 40/2009. Helsinki: THL. URL: <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/47699564-6dd8-4381-973a-0d441c4fd5ba>> [22.4.2010].
- Itsemääräämisoikeus ja sen rajat -työseminaari. STM, 28.-29.1.2010. URL: <http://www.stm.fi/seminaarit/itsemaaramisoikeus_ja_sen_rajat?cssType=normal> [27.4.2010].
- Iversen, E. & Lauritzen, G. & Skretting, A. & Skutle, A. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Klientkartleggingsdata: Rapport for 2008. Oslo: Stiftelsen Bergensklinikkene og Statens institutt for rusmiddelforskning, 2009. URL: <http://www.sirus.no/files/pub/539/Rapport_%20nasjodoksyst_tiltak08.pdf> [31.4.2010].
- Järvinen, A. & Jokinen, N. & Ketonen, T. & Laari, L. & Opari, P. & Varamäki, R. Päihdebarometri 2009. Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä päihdetilanteesta. Terveyden edistämisen keskus. Julkaisuja 6/2009.
- Kananoja, A. Kansallisia suunnitelmia ei niellä purematta. Sosiaalietieto (2009):6-7.
- Kansanterveyslaki (66/1972)
- Kelan kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuksia koskeva laki 566/2005.
- Kelan kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuksia koskeva asetus 646/2005.
- Keski-Rahkonen, A. & Hoek, HW. & Linna, MS. & Raevuori, A. & Sihvola, E. & Bulik, CM. & Rissanen, A. & Kaprio, J. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychological Medicine 2009;39:823-831. URL:
- Keski-Rahkonen, A. & Hoek, HW. & Susser, ES. & Linna, MS. & Sihvola, E. & Raevuori, A. & Bulik, CM. & Kaprio, J. & Rissanen, A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. American Journal of Psychiatry 2007;164:1259-1265.
- Kiijärvi-Pihkala, M. Alkoholiohjelman 2008-2011 väliarviointi. THL, moniste, 2010
- Kiviniemi, A. Ihmisen kokemusta arvostettava. Pääkirjoitus. Sininen Aalto (2009): 5, 3.
- Kuosmanen, L. & Vuorilehto, M. & Voipio-Pulkki, L-M. & Laitila, M. & Posio, J. & Partanen, A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä - kokemuksia Pohjanmaa-hankeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005-2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 5/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.
- Laitila, M. & Järvinen, T. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Alkoholiohjelma 2008 - 2011 ja Pohjanmaa-hanke 2005 - 2014. THL:n oppaita 6.
- Laitila, M. & Järvinen, T., Mielenterveys- ja päihdestrategiatyön tukeminen. Raportissa Kuosmanen L. ym. (toim.). Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys ja päihdetyössä. THL, Avauksia 5/2010. URL:

- <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d>> [27.4.2010].
- Lastensuojelu 2009. SVT Sosiaaliturva 2009. Tilastoraportti 19/2009. Helsinki: THL. URL: <http://www.stakes.fi/ti-lastot/tilastotiedotteet/2009/Tr19_09.pdf> [27.4.2010]
- Latvala, A. & Tuulio-Henriksson, A. & Perälä, J. & Saarni, SI. & Aalto-Setälä, T. & Aro, H. & Korhonen, T. & Koskinen, S. & Lönnqvist, J. & Kaprio, J. & Suvisaari, J. Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: a population-based study. *BMC Psychiatry* 2009;9:73.
- Lauronen, E. & Koskinen, J. & Veijola, J. & Miettunen, J. & Jones, PB. & Fenton, WS. & Isohanni, M. Recovery from schizophrenic psychoses within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:375-383.
- Lehto, J. Equal access with optimum costs: Issues of financing and managing drug treatment. Teoksessa Klingemann, H. & Hunt, G. (eds.) *Drug treatment systems in an international perspective*. Thousand Oaks, London & New Dehli; Sage, 1998.
- Lehto, T-M. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma hakee palvelujen yhdistämistä. Suomen Mielenterveysseuran toiminnanjohtaja Marita Ruohosen haastattelu. *Labyrintti* (2008): 4, 6-7.
- Luopa, P. & Pietikäinen, M. & Jokela, J. Kouluterveyskysely 1998-2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Stakes, Helsinki 2008.
- Lönnqvist, J. Alkoholipolitiikka Suomessa. *Duodecim* 2009;125(8).
- Mannonen, P. Mieli -ohjelma tuo lisää asiakkaita ja kalliimpia hoitoja. Professori Kerstin Steniuksen haastattelu. *Promo* (2009): 59, 4, 28-29.
- Mannonen, P. Yksi ovi ja matala kynnyks. Toimitusjohtaja Jussi Suojuosalmen haastattelu. *Promo* (2009): 59, 4, 26-27
- Mantere, O. & Suominen, K. & Leppämäki, S. & Valtonen, H. & Arvilommi, P. & Isometsä, E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disorders* 2004;6:395-405.
- Marneros, A. & Pillmann, F. & Haring, A. & Balzuweit, S. & Blöink, R. What is schizophrenic in acute and transient psychotic disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29:311-323.
- Metso, L. (2009). Erillisajo juomatapatutkimuksen aineistosta [1.7.2009].
- Mielenterveyden keskusliitto. Psykiatrisesta sairaalahoidosta tehohoitoa. *Revanssi* (2009): 2, 7.
- Mielenterveyden keskusliitto. Pääjohtaja Pekka Puskan avauspuheenvuoro valtakunnallisessa mielenterveys- ja päihdetyön seminaarissa 25.8.2009. Käsi kädessä (2009): 5.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>> [9.5.2010].
- Mielenterveyslaki (1116/1990)
- Myllärniemi, Annina (2006). Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista. SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 7/2006. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris-instituutti. URL: <<http://www.socca.fi/aineistot/HUOSKRITTEERIT.pdf>> [27.4.2010].
- Nesvaag, S. & Lie, T. The Norwegian substance treatment reform: between New Public Management and conditions for good practice. Paper presented at the KBS thematic meeting Models, implications and meanings of alcohol and drug treatment systems, Stockholm, Sweden, 7-9 October 2009.
- Nordiska ministerrådet. Kvalitetsmätning i sundhedsvæsenet i Norden. Tema-Nord 519:2007. Kööpenhamina: Pohjoismaiden ministerineuvosto, 2007.
- Nordling, E. & Savolainen, M. Ehkäisevä mielenterveystyö. Teoksessa M. Rimpelä, V. Saaristo, K. Wiss & Ståhl T. (toim.) *Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa* 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 19/2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2009
- Nuorvala, Y. & Huhtanen, P. & Ahtola, R. & Metso, L. Huono-osaisuus mutkistuu - kuudes päihdetapauskanta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* (2008)73:6, 659-670.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto. Löytyvätkö resurssit? Toiminnanjohtaja Kristiina Aminoffin haastattelu. *Labyrintti* (2008): 4,8.
- Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto. Sairaalat alas? Toiminnanjohtaja Kristiina Aminoffin ja tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin käyvät keskustelua. *Labyrintti* (2008): 4, 9-11.
- Opioidiriippuvaisten korvaushoitoa koskeva asetus 33/2008.
- Pedersen, M.U. Professional expertise versus market mechanisms in contemporary Denmark. Teoksessa Edman, J. & Stenius, K. (eds.) *On the margins. Nordic alcohol and drug treatment 1885-2007*. NAD-publication nr 50. Helsinki: Nordic Centre for Alcohol and Drug Research, 2007.
- Pedersen, M.U. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti, 28.4.2010.
- Peltovuori, T. Nyt on aika toimia: Allekirjoita adressi ja äänestä. *Revanssi* (2009): 2, 2.
- Peltovuori, T. Tarvitsemme uuden ja paremman mielenterveyslain. *Revanssi* (2009): 3, 2.
- Perälä, J. & Saarni, SI. & Ostamo, A. & Pirkola, S. & Hauka, J. Härkänen, T. & Koskinen, S. & Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland. *Schizophrenia Research* 2008;106:337-347.
- Perälä, J. & Suvisaari, J. & Saarni, S. & Kuoppasalmi, K. & Isometsä, E. & Pirkola, S. & Partonen, T. & Tuulio-Henriksson, A. & Hintikka, J. & Kiesepää, T. & Härkänen, T. & Koskinen, S. & Lönnqvist, J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64:19-28.
- Piispa, M. Alko vanhempien valistajana. *Yhteiskuntapolitiikka* (2010) *Yhteiskuntapolitiikka* 75(2010):2, 175-181.
- Piispa, M. & Soikkeli, M. & Salasuo, M. & Hoikkala, T. Kännissä olet ääliö -kampanjan arviointi. Impleo Oy. Julkaisija Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto ry. 2008.
- Pirkola, S. & Isometsä, E. & Suvisaari, J. & Aro, H. & Joukamaa, M. & Poikolainen, K. & Koskinen, S. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. DSM-IV Mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results for the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40:1-10.
- Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.). *Mielenterveysatlas*. Tunnuslukuja Suomesta. Stakes, Helsinki., 2005.
- Pohjanmaa-hanke. -URL: <<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=621825>> [16.4.2010].
- Päihdehuoltolaki 41/1986. URL: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>> [27.4.2010].
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. SVT Sosiaaliturva 2008. Helsinki: THL. URL: <<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/Paihdetilastollinen2008.pdf>> [22.4.2010]

- Päihdetilastollinen vuosikirja 2009. SVT Sosiaaliturva 2009. Helsinki: THL. URL: <<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/paihde/Paihdetilastollinen2009.pdf>> [22.4.2010].
- Päihtyneiden kiinnittämistä, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittävä työryhmä 3.11.2009-31.12.2010. URL: <<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/paihtyneet>> [27.4.2010].
- Raevuori, A. & Hoek, HW. & Susser, E. & Kaprio, J. & Rissanen, A. & Keski-Rahkonen, A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One*. 2009;4(2):e4402.
- Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. STM, Selvityksiä 2009:4. URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf> [27.4.2010].
- Saarni, SI. & Suvisaari, J. & Sintonen, H. & Pirkola, S. & Koskinen, S. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: a general population survey. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:326-332.
- Sajantola, M. Palvelut yhdeltä ovelta. *Super* 2009:12.
- Salize, H.J & Dressing, H., Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British J Psychiatry* 184;2004, 163-168.
- Salo, M. Mieli 2009-suunnitelma. Mitä mieltä ja kenen tarpeisiin? *Revanssi* (2009): 1, 2.
- Sandlund, M. A Nordic multicenter study on sectorized psychiatry. Umeå University Medical Dissertations No 561. Umeå: Umeå University, 1998.
- Saukkonen A. Mieli 2009-työryhmä linjasi tulevaisuutta: Yhdestä ovesta sisään mielenterveys- ja päihdepalveluihin. *Tiimi* (2009) 2, 4-5.
- Skretting, A. & Rosenqvist, R. Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries. Paper presented at the KBS thematic meeting Models, implications and meanings of alcohol and drug treatment systems, Stockholm, Sweden, 7-9 October 2009.
- Skretting, A. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköposti 28.4.2010.
- Socialstyrelsen. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen 2010. URL: <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17866/2009-12-15.pdf>> [31.4.2010].
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8933/2007-102-1_20071021_rev.pdf> [31.4.2010].
- Socialstyrelsen. Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser år 2008. Stockholm: Socialstyrelsen 2009. URL: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8304/2009-125-13_200912513.pdf> [31.4.2010].
- Sohlman, B. & Pirkola, S. & Wahlbeck, K. Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. *Duodecim* 122:819-825, 2006.
- Solantaus, T. Lasten mielenterveyden tukeminen – todellisuutta vai utopiaa? Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009. SVT Sosiaaliturva 2009. Helsinki: THL. URL: <<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/julkaisu/sosteri2009.pdf>> [22.4.2010].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 9. Helsinki: Yliopistopaino, 2009a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2009:3. URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf> [27.4.2010].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisuja 2006: 19. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustukset. URL: <http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ja_avustukset/sosiaali_ja_terveydenhuollon_kehittamishankkeiden_valtionavustukset> [16.4.2010].
- Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Vuoden 2010 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet. URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf> [16.4.2010].
- Sosiaalihuoltolaki (710/1982)
- Stengård, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K. & Upanne, M. & Parkkola, K. & Henriksson, M. Nuorten miesten psykososiaalinen tukiohjelma vähensi kuormittuneisuutta. *Suomen Lääkärilehti* 64, (2009b) 4153-4157.
- Stengård, E. & Savolainen, M. & Sipilä, M. & Nordling, E. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kidesarjan julkaisuja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy., 2009a.
- Stenius, K. Missbruksvårdens politik och dess organisering och finansiering: erfarenheter från sju länder. Rapport för Missbruksutredningen. Stockholm: Regeringskansliet, 2010.
- Sundhedsstyrelsen. National strategi for psykiatri. Köpenhamina: Sundhedsstyrelsen, 2009.
- Suomen Mielenterveysseura. Mieli 2009 -suunnitelman linjaukset. Tutkimusprofessori Kristian Wahlbeckin haastattelu. *Mielenterveys* (2009): 48, 2.
- Suvisaari, J. & Aalto-Setälä, T. & Tuulio-Henriksson, A. & Härkänen, T. & Saarni, SI. & Perälä, J. & Schreck, M. & Castaneda, A. & Hintikka, J. & Kestilä, L. & Lähteenmäki, S. & Latvala, A. & Koskinen, S. & Marttunen, M. & Aro, H. & Lönnqvist, J. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009a;39:287-299.
- Suvisaari, J. & Perälä, J. & Saarni, SI. & Härkänen, T. & Pirkola, S. & Joukamaa, M. & Koskinen, S. & Lönnqvist, J. & Reunanen, A. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2008; 258:129-136.
- Suvisaari, J. & Perälä, J. & Saarni, SI. & Juvonen, H. & Tuulio-Henriksson, A. & Lönnqvist, J. The epidemiology and descriptive and predictive validity of DSM-IV delusional disorder and subtypes of schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2009b;2:289-297.
- Suvisaari, JM. & Saarni, SI. & Perälä, J. & Suvisaari, JVJ. & Härkänen, T. & Lönnqvist, J. & Reunanen, A. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68:1045-55.
- Talala, K. & Huurre, T. & Aro, H. & Martelin, T. & Prättälä, R. Trends in socio-economic differences in self-reported depression during the years 1979-2002 in Finland. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2009;44:871-879.
- Tartuntatautiasetus [786/1986](#).
Tartuntatautilaki [583/1986](#).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Lasten, nuorten ja perheiden Kaste – kohti parempia palveluita. URL: <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste/lasten> [16.4.2010].
- Thiesen, H. Conservatism and social control. Treatment with Disulfiram in Denmark, 1945-2005. Teoksessa Edman, J. & Stenius, K. (eds) On the margins. Nordic alcohol and drug treatment 1885-2007. NAD-publication nr 50. Helsinki: Nordic Centre for Alcohol and Drug Research, 2007.
- Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva 2010. Helsinki, 2010.
- Toimiva lapsi&perhe -hanke, THL. URL: <<http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/index.htm>> [27.4.2010].
- Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelma. STM. Yhteen-
veto ohjelman toimenpiteistä, 10.2.2009. URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf> [10.5.2010].
- Tuori, T. & Gissler, M. & Wahlbeck, K. Mental health in the Nordic countries. Kirjassa: NOMESCO. Health Statistics in the Nordic Countries 2005. Kööpenhamina: NOMESCO, 2007. URL: <<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/988539E3-C237-410F-A1EB-70EA17362037/0/SectionBweb.pdf>> [21.04.2010].
- Tuori, T. Psykiatristen sairaalapalvelujen käyttö 2002 – 2007, THL, 2009.
- Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. STM. Esitteitä 2003:6.
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011.
- Valtiontalouden tarkastusviraston kertomus eduskunnalle toiminnastaan varainhoitovuodelta 2008. Valtion-
talouden tarkastusviraston eduskunnalle annettavat kertomukset K 15/2009 vp. Helsinki: Edita Prima Oy, 2009.
- Warsell, L. Päihdehaittojen ehkäisy. Teoksessa Rimpelä, M. Saaristo, V. & Wiss, K. & Ståhl, T. (toim.). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 19/2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2009.
- WHO Regional Office for Europe. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. Kööpenhamina, WHO 2008. URL: <<http://www.euro.who.int/document/E91732.pdf>> [21.04.2010].
- Viertiö, S. & Sainio, P. & Koskinen, S. & Perälä, J. & Saarni, S. & Sihvonen, M. & Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. Mobility limitations in persons with psychotic disorder: Findings from a population-based survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2009;44:325-332.
- Viinämäki, H. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kannanotot ovat epäonnistuneita. Suomen Lääkärilehti (2009):8, 888-889.
- Viljanen, M. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Tiimi 46 (2010): 1, 16-17.
- Wahlbeck, K. & Moring, J. & Nevalainen, V. & Nordling, E. & Partanen, A. & Vuorenmaa, M. & Bergman, V. THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielen-
terveys ja päihdesuunnitelmaan 2009-2015. Toimen-
piteet 2009-2010. THL, moniste, 2010. URL: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/75B5C1A5-105F-49E0-991A-B9C5C80A9452/0/Mieli2009_toimeenpano-suunnitelmaTHL.pdf> [28.5.2010].
- Willberg, M. & Valtonen, H. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1181639210929/passthru.pdf>> [21.04.2010].
- Välittäjä 2009 –hanke. URL: <<http://www.valittajahanke.fi/fi/valittaja-hanke>> [16.4.2010].

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - THL:n toimeenpanosuunnitelma 2009-2015

Pitkän tähtäimen tavoite	Indikaattorit	Todennuksen lähteet
Väestön psyykkisen hyvinvoinnin paraneminen ja päihdehaittojen väheneminen	<ul style="list-style-type: none"> - Itsemurhakuolleisuus - Alkoholi- ja huumausainekuolemat - Uusien mielenterveysperusteisten työkyvyttömyyksien määrä - Väestöryhmien väliset hyvinvointierot - Psykkistä hyvinvointia kuvaavat ATH:n kysymykset 	Tilastokeskus kuolemansyrekisteri KELA TEROKA:n seurantatiedot Alueellinen terveys- ja hyvinvointikysely (ATH)
Tarkoitus		
Mielenterveys- ja päihdetyön kehittyminen kuntalaisen tarpeita vastaavaksi	<ul style="list-style-type: none"> - Kaikissa kunnissa on voimassa oleva mielenterveys- ja päihdestrategia - Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarve selvitetty kunnissa osana strategiaa - Hoito- ja palvelutakuu toteutuu - Palveluissa noudatetaan kansallisia suosituksia - Asiakastytyväisyys 	Kuntakyselyt Valvira Vk asiakastytyväisyyskyselyt ja ATH
Tulokset		
1. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja heidän läheistensä asema palveluiden käyttäjinä ja kansalaisena on vahvistunut	<ul style="list-style-type: none"> - asiakastytyväisyys - hoito- ja palvelutakuu - pakon käyttö psykiatrisissa sairaaloissa - palveluihin pääsy matalalla kynnyksellä ja yhden oven periaatteella toimivissa yksiköissä - hoitomuistutukset, kantelut ja hoitovirheet - kokemusasiantuntijuutta hyödynnetään järjestelmällisesti palveluiden arvioinnissa ja kehittämisessä - psykiatristen osastohoitajaksojen yhteydessä toteutuu läheisten tapaaminen 	ATH-kysely THL Terveyskeskuskyselyt Valvira, sairaanhoitopiirit Erillisselvitykset Hoitoilmoituslomakkeet
2. Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön rakenteet ovat vahvistuneet ja vaikuttavuus on lisääntynyt kuntien ja alueiden toiminnassa	<ul style="list-style-type: none"> - Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorit sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymissä - Toimiva lapsi ja perhe -työmenetelmät ovat käytössä sosiaali- ja terveystoimessa - Mini-interventio on käytössä varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisyssä - Koululaisten humalajuominen ja huumeita kokeilleiden osuus - Alkoholijuomien kokonaiskulutus - Äänestysaktiivisuus - Osallistuminen sosiaaliseen toimintaan - Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 17-24 -vuotiaiden osuus - Kodin ulkopuolelle sijoitettujen 0-17-vuotiaiden osuus 	Kuntakyselyt TL&P:n seurantatiedot Terveyskeskuskyselyt Kouluterveyskyselyt Tilastokeskus Alueelliset terveys- ja hyvinvointikyselyt (ATH) Tilastokeskus Lastensuojelurekisteri
3. Kuntien ja kuntayhtymien mielenterveys- ja päihdepalveluista on muodostunut toiminnallinen kokonaisuus	<ul style="list-style-type: none"> - Kaikissa kunnissa on voimassa oleva mielenterveys- ja päihdestrategia - Hoitotakuun toteutuminen - Tahdosta riippumattomat psykiatrian hoitopäivät - Psykiatrian laitoshoidon hoitajakso - Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus - Mielenterveyden avohoitokäyntien määrä - Päihdehuollon erityispalveluiden avo- ja laitoshoidon asiakkaiden lukumäärä - Avopalveluiden tilastouudistusindikaattorit - Klubitalojen tai vastaavien määrä - Huumeidenkäyttäjien terveysneuvontapisteiden ja asiakkaiden määrä 	Terveyskeskuskyselyt THL/Valvira HILMO HILMO HILMO THL:n avohoitotilasto ATH Klubitaloverkosto Neuvoa antavat -tietokanta
4. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ohjauskeinot ovat tehostuneet	<ul style="list-style-type: none"> - Mielenterveys- ja päihdetyöhön suunnatun TE-, Kaste- ja muun rahoituksen määrä - THL:n rahoitus- ja suositusportaalien kävijämäärä. - THL:n rooli ehkäisevän ja edistävän mielenterveystyön ja päihdetyön koordinaatiossa on määritetty. 	THL:n ja STM:n rahoituspäätökset Laskuri THL:n johdon hyväksymä työryhmän loppuraportti
5. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ehdotukset ovat toteutuneet THL:n osalta	<ul style="list-style-type: none"> - THL:n toimeenpanosuunnitelman toimenpiteiden toteutuminen 	Valtakunnallisen seurantaryhmän arviot THL:n yksiköiden toteutumisraportit

OSA-ALUE 1: ASIAKKAAN ASEMAN VAHVISTAMINEN
Tavoite
Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja heidän läheistensä asema palveluiden käyttäjinä ja kansalaisina on vahvistunut
Ehdotus 1 Yhdenvertainen kohtelu ja palveluihin pääsy
Tulokset
<p>1.1.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saatavilla omalla äidinkielellä (suomi, ruotsi, saamenkieli) ja palveluiden tuottajat ymmärtävät palveluiden käyttäjän kulttuuritaustan (B 1.3.)</p> <p>1.1.2 Terveys- ja sosiaalipalveluissa toteutuu mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yhdenvertainen kohtelu ja terveyserot kaventuvat (B 1.4.)</p> <p>1.1.3 Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvät kielteiset asenteet vähenevät ja palveluiden käyttäjien kokema stigma vähenee. (B 1.6.)</p> <p>1.1.4 Mielenterveys- ja päihdetyön yksiköissä on käytössä asiakastytyväisyyskyselyt (B 1.10.)</p> <p>1.1.5 Kerätään hoitoon pääsyn seurannassa (hoito- ja palvelutakuun toteutuminen) ja Käypä hoito – suositusten toteutumisen seurannassa tarvittava tieto (B 1.13.)</p>
THL:n toimenpiteet
<p>1.1.1.1 Soveltava tutkimus maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista, sekä palvelutarpeiden ja palvelujen kohtaamisesta (B1.3.1.)</p> <p>1.1.1.2 Monikulttuuriset mielenterveys- ja päihdepalvelut –hanke (B 1.3.2.)</p> <p>1.1.1.3 KASTE-hankkeet (KASTE)</p> <p>1.1.2.1 Tutkimus ja tiedon tuottaminen terveyseroista (TEROKA)</p> <p>1.1.2.2 Päihdeongelmia kuvaavan tiedon tuottaminen (B 1.4.1.)</p> <p>1.1.2.3 Tutkimus ja tiedon tuottaminen palvelujärjestelmistä (B 1.4.2.)</p> <p>1.1.2.4 Kansallinen terveyserojen kaventamishjelma (B 1.4.3.)</p> <p>1.1.2.5 MESTA-tutkimus (B 1.4.4.)</p> <p>1.1.2.6 Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset -kehittämiskumppanuushanke (B 1.4.5.)</p> <p>1.1.3.1 THL:n toimintaa yleisellä tasolla ja kaikessa toiminnassa (THL).</p> <p>1.1.3.2 Soveltuvien osien KASTE-ohjelmat (KASTE).</p> <p>1.1.3.3 Alkoholiohjelmaan liittyvä tiedon tuottaminen (B 2.6.1.)</p> <p>1.1.3.4 Toimiva lapsi&perhe -ohjelmaan liittyvä stigmat vähentäminen (B 2.4.1.)</p> <p>1.1.3.5 Asenteiden muokkaamista ja anti-stigma-toimintaa tukevat kehittämissuunnitelmat (B 1.6.1.) ja (B 1.6.2.)</p> <p>1.1.4.1 Asiakastytyväisyyskysely kehittäminen (B 1.10.1.)</p> <p>1.1.5.1 Hoitoonpääsytietojen kerääminen ja yhteistyö Valviran kanssa (B 1.13.1.)</p>

Ehdotus 2 Matalan kynnyksen yhden oven periaate
Tulokset
<p>1.2.1 Mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi jokaisessa kunnassa pääsee selvittelyyn ja hoitoon joustavasti ilman läheterajoja ja kohtuullisessa ajassa (B 1.1.)</p> <p>1.2.2 Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat joustavasti ja ilman läheterajoja (B 1.2.)</p> <p>1.2.3 Perusterveydenhuollon työntekijöillä on mahdollisuus konsultoida joustavasti erityistason mielenterveys- ja päihdetyön asiantuntijoita (B 1.5.)</p>
THL:n toimenpiteet
<p>1.2.1.1 Matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella toimivien vastaanottojen kehittäminen (B 1.1.1.)</p> <p>1.2.1.2 Yhteinen tavoite Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelman kanssa (TTTPO).</p> <p>1.2.1.3 THL:n kuntayhteistyö vie ajatusta kuntiin (Kuntayhteistyö)</p> <p>1.2.1.4 Kehittämistoiminta sisällytetään KASTE-hankkeisiin soveltuvin osin (KASTE)</p> <p>1.2.2.1 Toisen asteen opiskelijaterveydenhuollon järjestäminen asetusten mukaiseksi – AMIS-hanke (B 1.2.1.)</p> <p>1.2.3.1 Jalkautuvan päihdetyön työmallin laajentaminen (B 1.5.1.)</p> <p>1.2.3.2 KASTE-yhteistyö (KASTE)</p> <p>1.2.3.3 Toimiva terveyskeskus tpo –yhteistyö (TTTPO)</p> <p>1.2.3.4 THL:n kuntakonsultoinnin suositukset (Kuntayhteistyö)</p>
Ehdotus 3 Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat
Tulokset
1.3.1 Kokemusasiantuntijat on otettu mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (B 1.7.)
THL:n toimenpiteet
<p>1.3.1.1 ITHACA–hanke (B 1.7.1)</p> <p>1.3.1.2 KOMPA–hanke (B 1.7.1)</p> <p>1.3.1.3 KoMiDia–hankeyhteistyö (B 1.7.2)</p> <p>1.3.1.4 Päihdepalvelujärjestelmän tutkimus- ja kehittämishanke (B 1.7.3)</p> <p>1.3.1.5 Kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen KASTE-hankkeissa (KASTE)</p> <p>1.3.1.6 Kokemusasiantuntijoiden osallistuminen THL:n kuntayhteistyöhön (Kuntayhteistyö)</p>
Ehdotus 4 Tahdosta riippumaton hoito
Tulokset
<p>1.4.1 Psykiatrisissa sairaaloissa voidaan seurata ulkopuolisten asiantuntijoiden (second opinion) käytön toteutumista (B 1.11.)</p> <p>1.4.2 Pakon käyttö psykiatrisissa sairaaloissa vähenee 40% v. 2015 mennessä (B 1.12.)</p>

THL:n toimenpiteet
1.4.1.1 Kehitetään seuranta ulkopuolisten asiantuntijoiden käytöstä psykiatrisissa sairaaloissa (B 1.11.1.)
1.4.2.1 Valtakunnallinen pakon käyttöä vähentävä ohjelma (B 1.12.1.)
1.4.2.2 THL:n kuntayhteistyön kehittämissuositukset (Kuntayhteistyö).
1.4.2.3 Tilastotiedon tuottaminen valvonnan tueksi: vuosittaiset „Psykiatrian sairaalapalvelut” – raportit
1.4.2.4 Osallistuminen kansainvälisiin vertailuihin
Ehdotus 5 Toimeentuloturva
Tulokset
1.5.1. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien perusturva ja asumisolosuhteet paranevat (B 1.8.)
THL:n toimenpiteet
1.5.1.1 Tutkimus- ja kehittämistyö kuntoutujien perusturvan ja työllistymisen ongelmista (B. 1.8.1.)
1.5.1.2 Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentäminen (B 1.8.2.)
1.5.1.3 Kansallinen terveyserojen kaventamishjelma (B 1.4.3.)
Osa-alue 1 yhteiset
Tulokset
1.6.1 Itsehoidon tueksi on saatavilla oma-apumateriaalia (B 1.9.)
THL:n toimenpiteet
1.6.1.1 Oma-apumateriaalin tuottaminen (B 1.9.1.)
1.6.1.2 Alkoholiohjelmaan liittyvä oma-apumateriaalin tuottaminen. (B 2.6.1.)
OSA-ALUE 2: EDISTÄVÄ JA EHKÄISEVÄ TYÖ
Tavoite
Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön rakenteet ovat vahvistuneet ja vaikuttavuus on lisääntynyt kuntien ja alueiden toiminnassa
Ehdotus 6 Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön painopisteet
Tulokset
2.1.1 Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön johtaminen, voimavarat, työnjako ja seuranta on määritetty kunnissa (B 2.1.)
2.1.2 Mielenterveys- ja päihdetyössä käytetään jokapäiväisessä työssä menetelmiä, joilla ehkäistään ongelmien ylisukupolvista siirtymistä (B 2.4.)
2.1.3 Kunnissa on käytössä toimintatapoja, joiden avulla estetään syrjäytymiskehitystä (B 2.5.)
2.1.4 THL tukee alkoholin käytön vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä (B 2.6.)
2.1.5 Neuvolatyössä on käytössä mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisen tunnistamisen ja hoidon menetelmiä (B 2.7.)
2.1.6 Hyvinvointia tukevat yhteisöt, sekä yhteisöllisyys ja osallisuus vahvistuvat (B 2.8.)
2.1.7 Lähisuhde- ja perheväkivalta vähenevät (B 2.9.)

2.1.8 Itsemurhien määrä vähenee (B 2.10.)
2.1.9 Kuntien käyttöön on tuotettu ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen tarvittavaa tukimateriaalia (B 2.11.)
THL:n toimenpiteet
2.1.1.1 Tavoitteiden sisällyttäminen KASTE-hankkeisiin (KASTE).
2.1.1.2 Osa THL:n kuntayhteistyötä (Kuntayhteistyö).
2.1.1.3 Alkoholiohjelman tukeminen (B 2.6.1.)
2.1.1.4 Alueellisen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaation vahvistaminen (B 2.1.1)
2.1.2.1 Toimiva lapsi&perhe –hanke (B 2.4.1.)
2.1.2.2 YHTEISPELI – koulun psykososiaalisen työn kehittäminen (B 2.4.2.)
2.1.2.3 SYKE-hanke (B 2.4.3.)
2.1.3.1 Timeout! Aikalisä! Elämä raiteilleen toimintamalli (B 2.5.1.)
2.1.3.1 Työttömien terveyshanke 2007-2010 (B 2.5.2.)
2.1.4.1 Aluekoordinaattoritoiminta ja tuki alkoholiohjelmien toteuttamiselle, kumppanuussopimukset. (B 2.6.1.)
2.1.4.2 Yhteistyö Toimiva lapsi & perhe –hankkeen kanssa (B 2.4.1.)
2.1.4.3 Kansallinen terveyserojen kaventamishjelma (B 1.4.3.)
2.1.5.1 Neuvolatyön kehittäminen (B 2.7.1.)
2.1.5.2 Kotikäynnit raskaana olevien yksinhuoltajaäitien luokse - toimintamallin juurruttaminen
2.1.6.1 Pitkäaikaisasunnottomuuden ehkäisy ja asumisedellytysten vahvistaminen (B 2.8.1.)
2.1.7.1 Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyön koordinaatio (B 2.9.1.)
2.1.8.1 Kansainvälinen yhteistyö (B 2.10.1.)
2.1.8.2 Valtakunnallisen itsemurhaprojektin jälkeinen tutkimus ja seurantatyö (B 2.10.2.)
2.1.8.3 Korkean riskin ryhmien tunnistamisen ja hoidon kehittäminen (B 2.10.3.)
2.1.9.1 Ehkäisevän mielenterveystyön suunnittelun opas (B 2.11.1.)
Ehdotus 7 Mielenterveys- ja päihdetyön strategia
Tulokset
2.2.1 Kunnissa on laadittu ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön strategia, joka on osa kuntastrategiaa (B 2.2.)
2.2.2 Kuntien mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen perustana on yhdistetty mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (B 2.3.)

THL:n toimenpiteet
2.2.1.1 THL:n perustyyöhön sisältyvä laaja asiantuntijatuki mielenterveys- ja päihdetyön strategiaprosessin tukemiseksi (B 2.2.1.)
2.2.1.2 Mieli- suunnitelman implementaation tuki kunnille (B 2.2.2.)
2.2.1.3 Tavoitteiden sisällyttäminen KASTE-hankkeisiin (KASTE).
2.2.1.4 Osa THL:n kuntayhteistyötä (Kuntayhteistyö).
2.2.2.1 Tavoitteiden sisällyttäminen KASTE-hankkeisiin (KASTE).
2.2.2.2 Tuki osana THL:n kuntayhteistyötä (Kuntayhteistyö).
OSA-ALUE 3: MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISTA TOIMINNALLINEN KOKONAISSUUS
Tavoite
Kuntien ja kuntayhtymien mielenterveys- ja päihdepalveluista on muodostunut toiminnallinen kokonaisuus
Ehdotus 8 Palvelukokonaisuuden koordinointi
Tulokset
3.1.1 Sähköisen tietojärjestelmän avulla voidaan seurata asiakaspolkujen sujuvuutta (B 3.9.)
3.2.1 Kuntien mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen perustana on yhdistetty mielenterveys- ja päihdestrategia (B 2.3.)
THL:n toimenpiteet
3.1.1.1 Asiakaspolkujen sujuvuutta kuvaavan tietojärjestelmän kehittämissuunnitelma (B 3.9.1).
3.1.1.2 Sähköisten palveluiden käyttöönoton tukeminen –hanke (B 3.9.2).
3.2.1.1 Mieli- suunnitelman implementaation tuki kunnille (B 2.2.2.)
3.2.1.2 Tavoitteiden sisällyttäminen KASTE-hankkeisiin (KASTE).
3.2.1.3 Osa THL:n kuntayhteistyötä (Kuntayhteistyö).
Ehdotus 9 Perus- ja avopalveluiden tehostaminen
Tulokset
3.2.1 Kuntien mielenterveys- ja päihdepalvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden. (B 3.1.)
3.2.2 Kuntien erityistason mielenterveys- ja päihdepalvelut tuotetaan yhdistetyissä mielenterveystyön ja päihdetyön avohoitoyksiköissä (B 3.2.)
3.2.3 Kuntien peruspalveluissa ovat käytössä yhtenäiset päihdehoitajan ja depressiohoitajan työmallit (B 3.5.)
3.2.4 Vankilasta vapautuneilla on mahdollisuus saada riittävä päihdekuntoutus ja asumispalvelut (B 3.6.)

THL:n toimenpiteet
3.2.1.1 Matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteella toimivien vastaanottojen kehittäminen (B 1.1.1)
3.2.1.2 KASTE-hankkeiden sisältöön vaikuttaminen (KASTE)
3.2.1.3 THL:n kuntakonsultaatioiden suositukset (Kuntayhteistyö).
3.2.1.4 Perustason päihdepalveluiden tutkimus- ja kehittämishanke. (B 3.1.1.)
3.2.1.5 Päihdekuntoutuksen monipuolisten työmuotojen kehittäminen ja niiden edistäminen (B 3.1.2.)
3.2.1.6 Mielenterveys- ja päihdeosaamisen turvaaminen ja matalan kynnyksen hoitoon pääsyn turvaaminen laadittaessa päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisia kriteereitä (B 3.1.3.)
3.2.2.1 Päihdepalvelujärjestelmän tutkimus- ja kehittämishanke (B 3.1.1.)
3.2.2.2 KASTE-hankkeet (KASTE)
3.2.2.3 THL:n kuntakonsultaatiot (Kuntayhteistyö)
3.2.2.4 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kuntalaisten tarpeiden mukaisen saatavuuden ja laadun seuranta
3.2.3.1 Depressiohoitajan työmalli – kuvaus (B 3.5.2.)
3.2.3.2 Päihdehoitajan työmallin kehittäminen (B 3.5.1.)
3.2.3.1 THL:n kuntayhteistyö (Kuntayhteistyö).
3.2.4.1 Vapautuneiden vankien asunnottomuus
3.2.4.2 Päihdekuntoutuksen monipuolisten työmuotojen kehittäminen ja niiden edistäminen (B 3.1.2.)
Ehdotus 10 Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyö
Tulokset
3.3.1 Lasten ja nuorten mielenterveystyöhön on kehitetty työmenetelmiä ja kehitetyt työmenetelmät saatetaan toimiviksi käytännöiksi (B 3.3.)
THL:n toimenpiteet
3.3.1.1 KASTE-hankkeiden tuki (KASTE)
3.3.1.2 Lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden kehittämishanke (B 3.3.1.)
3.3.1.3 Nuorten stressinhallintakurssin käyttöönoton edistäminen (B 3.3.2.)
3.3.1.4 Nuorten vaikeiden mielenterveysongelmien tunnistamisen ja varhaisen hoidon kehittämishanke (B 3.4.4.)
Ehdotus 11 Työterveyshuollon rooli
Tulokset
3.4 Työterveyshuollon rooli työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa vahvistunut

Ehdotus 12 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymisedellytykset
Tulokset
3.5.1 Klubitaloverkosto laajenee koko maan kattavaksi ja klubitalojen kansainvälinen yhteistyö tiivistyy (myös E9) (B 3.7.)
3.5.2 Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien työllistymisedellytysten parantamiseksi on kehitetty siirtymätöpaikkoja, sosiaalisia yrityksiä ja välityömarkkinoita (B 3.8.)
THL:n toimenpiteet
3.5.1.1 Klubitaloverkoston laajentamishanke (B 3.7.1.)
3.5.1.2 Klubitalojen kansallisen verkostoitumisen ja kansainvälisen yhteistyön kehittäminen (B 3.7.2.)
3.5.2.1 Askel-hanke (B 3.8.1)
3.5.2.2 Paltamon työllistämismallien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointitutkimus (B 3.8.2.)
Ehdotus 13 Ikääntyvän väestön mielenterveys- ja päihdepalvelut
Tulokset
3.6.1 On kehitetty ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisen tunnistamisen menetelmiä ja tuloksellisia toimintakäytäntöjä (B 3.4.)
THL:n toimenpiteet
3.6.1.1 Ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisen ja varhaisen hoidon menetelmien kehittämis- ja arviointihanke (B 3.4.1.)
Osa-alue 3 yleiset
THL:n toimenpiteet
3.7.1.1 Rahapelihaittojen ehkäisyyn ja hoitoon tarvittavan osaamisen kehittäminen (B 3.4.5.)
OSA-ALUE 4: OHJAUSKEINOJEN KEHITTÄMINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ
Tavoite
Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ohjauskeinoja on tehostettu
Ehdotus 14 Mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen kehittäminen
Tulokset
4.1.1 Päihde- ja mielenterveystyön koulutuksen sisältöjä ja rakenteita kehitetään edelleen (B 4.4.)
THL:n toimenpiteet
4.1.1.1 Yhteistyö STM:n kanssa päihde- ja mielenterveystyön koulutuksen kehittämisen sisällyttämiseksi STM:n toimeenpanosuunnitelmaan (yhteistyö STM:n ja OPM:n kanssa) (B 4.4.1.)

Ehdotus 15 Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset
Tulokset
4.2.1 Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset (E15) ja rahoituslähteet (E17) on koottu yhteen tietokantaan (B 4.2.)
4.2.2 Päihde- ja mielenterveystyön hyvien käytäntöjen toimeenpanoa tuetaan
THL:n toimenpiteet
4.2.1.1 Luodaan verkkoportaali, johon on koottu mielenterveys- ja päihdetyön suositukset ja rahoituslähteet (B 4.2.1.)
4.2.2.1 Päihde- ja mielenterveystyön hyvien käytäntöjen kehittäminen ja levittäminen (B 3.4.2.)
4.2.2.2 Päihdetyön valtakunnallisen aluekehittäjäverkoston ylläpito (B 3.4.3.)
Ehdotus 16 Mielenterveys- ja päihdetyön koordinointi
Tulokset
4.3.1 Kunnissa ja kuntayhtymissä kaikilla hallinnonaloilla osana päätösten valmistelua arvioidaan päätösten vaikutus kansalaisten mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön (B 4.1.)
4.3.2 Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen koordinaatio keskitetty THL:een. THL koordinoi mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön terveyden edistämisen määrärahan käyttöä ja ohjaa kehittämistyötä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteita tukevasti (myös E17) (B 4.3.)
THL:n toimenpiteet
4.3.1.1 Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA) käyttöönoton tukeminen kunnallisten päätösten valmistelussa (B 4.1.1.)
4.3.2.1 Yhteistyö terveyden edistämisen määrärahojen koordinoinnissa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osalta
4.3.2.2 Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen alueellisten ja valtakunnallisten verkostojen kartoitus
4.3.2.3 Valtakunnallisen ja alueellisen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaatorakenteen jäsentäminen ja kehittäminen ja THL:n roolin selkiyttäminen siinä (4.3.1.)
Ehdotus 17 Mielenterveys- ja päihdetyön resurssit
Tulokset
4.4.2 Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen koordinaatio on keskitetty THL:een. THL koordinoi mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön terveyden edistämisen määrärahan käyttöä ja ohjaa kehittämistyötä mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteita tukevasti (myös E16). (B 4.3.)

THL:n toimenpiteet
4.4.2.1 Yhteistyö terveyden edistämisen määrärahojen koordinoinnissa ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osalta
4.4.2.2 Ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen alueellisten ja valtakunnallisten verkostojen kartoitus
4.4.2.3 Valtakunnallisen ja alueellisen ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattorakenteen jäsentäminen ja kehittäminen ja THL:n roolin selkiyttäminen siinä (B 4.3.1.)
Ehdotus 18 Mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain päivitys
Tulokset
4.5 Mielenterveyslakia, päihdehuoltolakia ja raittiustyölakia on päivitetty
THL:n toimenpiteet
4.5.1 THL:n asiantuntijatuki lakiuudistushankkeisiin