Liikkuvaa, joustavaa ja muihin palveluihin integroituvaa psykiatriaa tarvitaan

Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kenttä on sekava, ja kuntakohtaiset erot palveluiden järjestämisessä ovat merkittäviä. Jo 1960-luvulta lähtien sairaalakeskeisyyttä pyrittiin vähentämään ja avohoitoa kehitettiin luomalla huoltotoimistoverkosto. Mielenterveyslakia uudistettiin vuonna 1991 avohoitopainotteisemmaksi, minkä seurauksena 20 vuoden aikana 80 % psykiatrisista sairaalapaikoista lakkautettiin. Psykiatristen palvelujen tuottaminen vietiin kuntatasolle ja mielisairaanhoitopiirit lakkautettiin. Syvä taloudellinen lama vaikutti siihen, ettei psykiatrista avohoitoa kehitetty tarpeita vastaavasti. On myös arvioitu, että psykiatrinen erikoissairaanhoito joutui muita erikoisaloja rankempien supistusten kohteeksi. 1990-luvun rakennemuutokset ennemminkin rapauttivat kuin paransivat psykiatrista palvelujärjestelmää (1, 2).

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyllä, varhaisella toteamisella ja laadukkaalla hoidolla on kansanterveydellisiä ja -taloudellisia vaikutuksia. Erityisesti panostus avohoitoon kannattaa: mitä enemmän avohoitoa annetaan, sitä vähemmän psykiatriset potilaat palaavat sairaalahoitoon (3, 4). Itsemurhia tehdään vähemmän alueilla, joilla on toimivat avohoitopalvelut (5). Psykiatrinen avohoito ei toimi, jos keskeisintä hoitomuotoa eli psykoterapiaa ei ole saatavilla. Psykoterapeuttisten menetelmien saatavuus on nykyjärjestelmässä aivan liian vaikeaa. Pelkkä lääkehoito ei ole riittävän laadukasta mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Kelan tukemat niin sanotut kuntoutuspsykoterapiat eivät tavoita suurinta osaa niistä, jotka hyötyisivät lyhyemmistä matalan kynnyksen psykoterapeuttisista interventioista.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa psykoterapiakoulutuksen saaneiden hoitajien keskiikä on korkea, ja iso joukko heistä eläköityy lähitulevaisuudessa. Menetelmäkoulutus on täysin sattumanvaraista työnantajan ja yksittäisten hoitajien mukaan. Psykoterapeutti-ammattinimikkeeseen oikeuttavat koulutukset ovat pitkiä ja kalliita, ja useat psykoterapeutit siirtyvät itsenäisiksi ammatinharjoittajiksi. Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto antaa psykiatriseen työhön suuntautuville opiskelijoille liian niukasti psykoterapeuttisia valmiuksia.

Psykiatrisen osaamisen tuominen perusterveydenhuoltoon somaattisten sairauksien hoidon rinnalle on yksi tämän vuosikymmenen mielenterveyspalveluiden kehityssuunnista. Mielenterveyden ongelmista kärsivien tiedetään käyttävän muita enemmän sosiaali- ja terveyspalveluita, ja heidän elinajanodotteensa on muita lyhyempi. Runsas päihteiden käyttö lisää useiden somaattisten sairauksien mutta myös mielenterveysongelmien riskiä. Vastaavasti hoitamaton päihde- tai mielenterveysongelma voi vaikeuttaa somaattisesta sairaudesta toipumista. Erityisesti vaikeampia ja pitkäaikaisia psykiatrisia häiriöitä sairastavien terveydentila on muuta väestöä huonompi. Esimerkiksi skitsofreniapotilaiden riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, aineenvaihduntasairauksiin ja syöpään on muuta väestöä suurempi. Psykiatrian tiiviimpi yhteistyö muiden erikoisalojen kanssa kohentaisi psykiatristen potilaiden asemaa (6).

Psykiatrian pitäisi integroitua sekä somaattisten sairauksien hoitoon että perusterveydenhuollon palveluihin. Työkyvyttömyyden taustalla on yhä useammin mielenterveysongelmia, joiden aktiivinen hoito todennäköisesti parantaisi myös somaattisten sairauksien ennustetta. Psykiatrinen osaaminen kohentaisi myös vaativien vuorovaikutustilanteiden hallintaa ja tukisi potilaan kiinnittymistä hoitoon. Lähitulevaisuudessa myös päivystyslääketieteen erikoisalan on tiivistettävä yhteistyötä psykiatrian suuntaan.

Jotta perusterveydenhuollossa, terveysasemilla tai työterveyshuollossa voidaan hoitaa lieviä ja keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä, ne on tunnistettava riittävän varhain ja hoi-

toa on saatava esteettömästi ja ilman viivettä. Vaikeampien mielenterveydenhäiriöiden osalta on mielekästä tuottaa erityispalveluita keskitetysti mutta tuoda ne lähelle potilasta. Erityisosaamista tarvitaan esimerkiksi silloin, kun mielenterveyshäiriöön liittyy merkittäviä oheissairauksia, oireisto on vaikea tai potilas ei hyödy yleisimmin käytetyistä näyttöön perustuvista psykososiaalisista tai lääkkeellisistä hoidosta. Psykiatrisen erityisosaamisen tehtävä tulevaisuudessa on liikkuva, joustava ja muita palveluita lähelle tuleva eikä muista lääketieteen erikoisaloista tai toimijoista eristäytyvä. Erityisosaamista vaativan psykiatrisen hoidon ei pitäisi riippua pienen kunnan resursseista.

Perusterveydenhuoltoon integroituvia hoitokäytäntöjä on jo käytössä valtakunnallisesti. Hyviä esimerkkejä tällaisista ovat esimerkiksi terveysasemilla toimivat depressiohoitajat, depressiokoulut sekä päihdesairaanhoitajan ja lääkärin muodostamat työparit. Kehittyvät verkkopalvelut kuten nettipsykoterapiat, videovälitteinen psykoterapia ja etäkonsultaatiomahdollisuudet lisäävät mahdollisuuksia psykiatriseen hoitoon myös syrjäseuduilla. Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueella kehitetään kumppanuushoitajamallia, jossa potilasta hoidetaan ensisijaisesti kotipaikkakunnalla ja psykiatrinen erikoissairaanhoito on hoidossa aktiivisesti mukana. Tavoitteena on tukea hoitoketjujen ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaisuutta potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kumppanuushoitajamalli tarjoaa erityisosaamista kunnan omien palvelujen rinnalle.

Jotta perusterveydenhuollossa pärjätään mielenterveyden häiriöiden hoidossa, hoitavalla lääkärillä tulisi olla mahdollisuus hoitosuhteeseen. Asiat eivät yleensä hoidu yhdellä tai kahdella käynnillä, vaan lääkärillä pitää olla mahdollisuus tavata potilasta uudelleen riittävän vastaanottoajan puitteissa. Hoidon suunnittelussa lääkärin saatavilla tulee olla tukea lääkityksen tarpeen arviointiin ja riittävä psykososiaalisten hoitojen palvelupaletti, jota voidaan tarjota potilaalle. Depressiokoulut, nettiterapiat ja muut lyhytinterventiot ovat ensisijaisia hoitovaihtoehtoja esimerkiksi lievän tai keskivaikean masennuksen hoidossa. Tarjolla olisi hyvä olla esimerkiksi kolmannen sektorin tuottamia palveluita, kuten liikuntaryhmiä ja itsestigmatisaatiota vähentävää vertaistoimintaa. Perusterveydenhuollon lääkärillä tulisi olla myös matalan kynnyksen konsultaatiomahdollisuus erikoissairaanhoitoon. Hyviä kokemuksia on saatu psykiatrian erikoislääkäreiden sijoittamisesta terveysasemille. Lääkärillä tulisi olla mahdollisuus tehdä verkostotyötä sekä yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa ilman toimintaa haittaavia organisaatiorajoja.

Päihde- ja mielenterveystyön yhdistämiseksi tarvitaan paljon työtä. Tulevaisuudessa yhteistyö muidenkin erikoisalojen kanssa korostuu. Psykiatrian erikoisalalla on vastuunsa mielenterveyspalveluiden tuottamisessa ja suunnittelussa mutta myös kouluttajana ja osaamisen ylläpitäjänä. Uusien palvelumuotojen kehittämisessä yhteistyö kokemusasiantuntijoiden kanssa on tärkeää. Onnistuessaan sote-uudistuksella voi olla paljon tarjottavaa tällä hetkellä hyvin pirstaleiselle mielenterveys- ja päihdepalveluverkostolle, jossa myös psykiatristen potilaiden somaattisen sairauksien hoidossa on paljon parannettavaa. ■

SOLJA NIEMELÄ, professori (ma.), ylilääkäri
Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta
Psykiatrian tulosalue,
Lapin sairaanhoitopiiri

Kuva: Raimo Manonen

SANNA BLANCO-SEQUIEROS, tulosaluejohtaja, ylilääkäri
Psykiatrian tulosalue,
Lapin sairaanhoitopiiri

SIDONNAISUUDET
Solja Niemelä: Asiantuntijapalkkio (Janssen, Lundbeck), luentopalkkio (Evipro, Janssen, Lundbeck, Orion Pharma, Professio Finland), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Janssen, Lundbeck)
Sanna Blanco-Sequieros: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Taipale V. Hallittu rakennemuutos hallitsemattomassa alasajossa. Kirjassa: Uusitalo H, Staff M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Helsinki: Stakes 1997; 214:119.
2. Mielonen ML. Psykiatrinen hoito. Mistä ja mihin suuntaan? Väitöskirja. Oulu University Press 2010.
3. Korkeila J. Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland, Evaluating Deinstitutionalization Process. Väitöskirja. Turun yliopisto ja Stakes 1997.
4. Sadeniemi M, Pirkola S, Pankakoski M, ym. Does primary care mental health resourcing affect the use and costs of secondary psychiatric services? Int J Environ Res Public Health 2014;11:8743–54.
5. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009;373:147–53.
6. Thornicroft G, Tansella M. Community mental health care in the future: nine proposals. J Nerv Ment Dis 2014;202:507–12.