



Tommi Väyrynen
Psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri, päihde- ja mielenterveyspalveluiden johtaja, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Suomen psykiatriyhdistyksen hallituksen jäsen

Erika Jääskeläinen
Psykiatrian erikoislääkäri, dosentti, Oulun yliopisto ja Pohde, Suomen psykiatriyhdistyksen hallituksen varapuheenjohtaja

Tarja Melartin
LT, psykiatrian dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, privaatti Helsinki, Suomen psykiatriyhdistyksen hallituksen puheenjohtaja

Anu-Helmi Halt
LT, kliininen opettaja, Kliinisen lääketieteen tutkimusyksikkö, psykiatria, Oulun yliopisto, Psykiatrian erikoislääkäri, kognitiivinen psykoterapeutti, Lääkäriskouluttajan erityis pätevyys

Artikkelia on myös työstetty Suomen psykiatriyhdistyksen hallituksen strategiapäivillä elokuussa 2023.

Suomen Psykiatriyhdistys: Kriisin ratkaisu on ainoa mahdollisuus

Ajanjaksolla 2015–2021 työikäisten psykiatrien määrä väheni 3 %, oikeuspsykiatrien määrä lisääntyi 2 % ja nuorisopsykiatrien määrä pysyi ennallaan. Erikoislääkärimääriä koskevan tuoreimman ennusteen mukaan psykiatrian eri aloilla yhteensä laskettuna työikäisten erikoislääkärien määrä vähenee noin 10 % vuoteen 2035 asti. Psykiatrian aloista oikeuspsykiatrialla vähenemisen ennustetaan olevan kaikkein suurinta. Nuorisopsykiatrian erikoislääkärimäärän sen sijaan ennustetaan kasvavan hiukan. Tämän kehityskulun taustalla on psykiatrian houkuttelevuuden pitkäaikaiset ongelmat: psykiatrialle hakeutuminen on ollut eläkkeelle siirtymistä vähäisempää jo useiden vuosien ajan.

Erikoislääkärikoulutuksen uudistuksen jälkeen alalle hakeutuminen on näyttäytynyt synkkänä kaikilla psykiatrian erikoisaloilla. Hakijoiden ja aloituspaikkojen täyttöaste ovat vaihdelleet erikoislääkärikoulutuksen uudistuksen jälkeen vuosittain ja yliopistoittain. Syksyn 2022 haussa yksikään tiedekunta ei saanut kaikkia psykiatrian, lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian aloituspaikkojaan täytettyä, ja yhteensäkin aloituspaikoista saatiin täytettyä vain 46 %.

Tulevaisuuden psykiatrien tarvetta arvioitaessa on huomioitava, että useimmilla psykiatrian aloilla osa-aikatyön tekeminen on yleistä ja että erikoislääkäreiden rekrytoiminen ja heidän pitämisenä julkisessa terveydenhuollossa on ollut vaikeaa. Viimeksi mainittu johtuu muun muassa liian suuresta ja edelleen kasvavasta työtaakasta ja eettisestä stressistä. Viime vuosina onkin ollut esillä erityisesti psykiatrien hakeutuminen yksityiselle

sektorille töihin. Psykiatrian aloja koskevana erityispiirteensä voi mainita senkin, että kahden eri psykiatrian alan erikoislääkäriin tutkinnon suorittaminen on verrattain yleistä. Psykiatrian alan erikoislääkärit eivät jakaudu maan sisällä tasaisesti, mikä aiheuttaa rekrytointiongelmia monissa osissa maata.

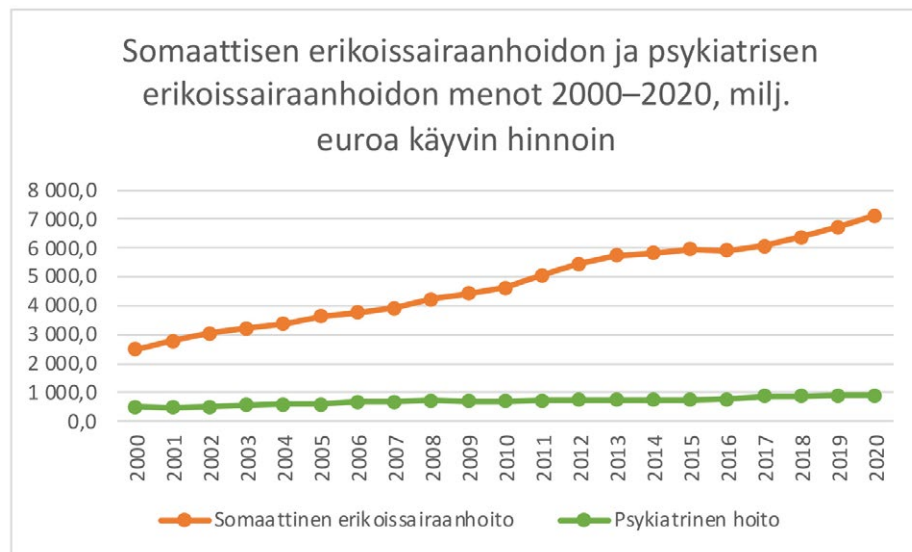
Psykiatrisen palvelujärjestelmän ongelmien juurisyyt

Psykiatrian tulevaisuuden toimintaedellytyksiä arvioitaessa merkittäväksi tekijäksi nousee myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon rahoitus, jonka kasvu on jäänyt jo useita vuosia kauas somaattisen erikoissairaanhoidon kasvukehityksestä (Kuva 1).

Ehkä tärkein yksittäinen tekijä palvelujärjestelmän haasteiden takana on kuitenkin palvelukysynnän merkittävä kasvu. THL:n tekemät suuret väestötutkimukset ovat viime vuosina kertoneet psyyk-

» Kliinikot vaikuttavat jäsenen heidän avukseen kehitettyjen menetelmien orjaksi.

Kuva 1. Somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot 2000–2020.



kisen oireilun lisääntymisestä väestössä. Lähetemäärät psykiatriseen erikoissairaanhoidon lisääntyivät merkittävästi 2000-luvun alussa, mutta ovat sittemmin tasaantuneet ja osin jopa vähän laskeneet. Erikoissairaanhoidossa hoidettavien mielenterveyshäiriöiden kirjo on merkittävästi laajentunut. Vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivät ovat jääneet psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vähemmistöksi, kun lievät ja keskivaikeat mielialahäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt sekä kehitykselliset neuropsykiatriset häiriöt ovat vienneet tilaa psykoosien hoidolta. Tautiluokituksen muuttuessa on vaarana, että yhä uusia mielenterveyshäiriöitä päätyy erikoissairaanhoidon puolelle hoitoon.

Tätä siirtymää on ollut osaltaan aiheuttamassa sosiaalivakuutusjärjestelmämme, jossa jo verrattain lyhyiden sairauslomien jälkeen edellytettiin psykiatrian erikoislääkärin lausuntoa, mikä samalla muodostui perusteeksi potilaan lähettämiseksi erikoissairaanhoidon hoitoon. Siirtymää varmasti edisti myös se, että perustason mielenterveyspalvelut ovat olleet selvästi heikommin resursoidut kuin psykiatrisen

erikoissairaanhoidon, mikä on johtanut hoidon porrastuksen näkökulmasta perustasolle kuuluvien potilaiden ajautumiseen erikoissairaanhoidon puolelle.

Muutokset psykiatrian sisällä

Palvelujärjestelmää on kehitetty avohoitopainotteiseksi vähentämällä sairaansijoja ja vahvistamalla mahdollisuuksien mukaan avohoittoa. Kaiken kaikkiaan panostukset avohoittoon ovat kuitenkin olleet riittämättömiä.

Kulttuurinen muutos edellisen 20 vuoden aikana on myös ollut ilmeinen. Potilaiden ja heidän perheidensä kohtaamista, kliinisestä tutkimuksesta ja hoidosta toiminnan painopiste on siirtynyt itsearviomakkeiden, arviointiasteikoiden ja puolistrukturoitujen diagnostisten haastatteluiden täyttämien tutkimusjaksojen suuntaan. Kun lääkäreitä ei ole ollut riittävästi tutkimusjaksojen toteuttamiseen, on työtä siirretty muille ammattiryhmille, mikä ei todennäköisesti ole parantanut diagnostiikan osuvuutta. Psykiatrialla alaa on vallannut käsitys siitä, että diagnoosi ei ole validi, ellei se pohjautu vähintään puo-

listrukturoituun diagnostiseen haastatteluun. Kliinikot vaikuttavat jääneen heidän avukseen kehitettyjen menetelmien orjaksi. Psykiatrisen diagnostiikka ja hoidon suunnittelu ilman kontaktin luomista potilaaseen ja hänen tilanteensa ymmärrystä tekee diagnostiikasta hengetöntä ja lisää riskiä epärealistisiin hoitosuunnitelmiin. Varsinkin vaativammissa tilanteissa erikoislääkärin tekemän klinisen tutkimuksen rooli on korvaamaton.

Moniammatillisesti toteutuvat tutkimusjaksot lomakkeineen, arvioasteikoineen ja haastatteluineen parhaimmillaan parantavat hoitosuunnitelmia, mutta huonoimmillaan ne vain viivästyttävät hoidon alkamista. 23 vuotta täyttäneillä riittää terveydenhuoltolainkin mukaan hoidon alkaminen 6 kk kuluttua hoidon tarpeen toteutamisesta. Jonottaminen ei kuitenkaan paranna potilaan ennustetta vaan todennäköisesti vaikuttaa päinvastaisella tavalla. Läheteet, niiden käsittely ja jonojen hallinnointi lisäksi vievät lisäksi rajallisia resursseja arvoa tuottamattomaan toimintaan.

Psykiatrian organisoitumisen periaate on myös muuttunut. Alueellisesta organisoitumisesta on siirrytty mielenterveyshäiriöiden ryhmien ympärille rakennettuihin linjaorganisaatioihin. Niiden hyvänä puoleena voi pitää mahdollisuutta erikoistumiseen, mutta toisaalta linjaorganisaatiot muodostavat siiloja, joihin kaikki potilaat eivät oireilunsa laadun ja monihäiriöisyyden vuoksi sovi. Tällöin syntyy työnjaollisia kiistoja, joiden selvittely on jälleen arvoa tuottamatonta toimintaa. Mielenterveyshäiriöiden ryhmiin perustuva organisaatio ajautuu suurimmassa osassa maata myös väestön vähyydestä johtuviin ongelmiin: vaikka alueen väestö on riittänyt työllistämään jakamattoman psykiatrisen avohoidon moniammatillisen tiimin, ei häiriöryhmiin perustuvassa tiimijaoissa hoidettavia potilaita olekaan samalla alueella riittävä-

ti työllistämään kokonaisia erikoistuneita moniammatillista tiimejä. Tällöin palvelut ajautuvat kauemmas potilaista tai psykiatrien ja muidenkin ammattilaisten työ pirstoutuu osaksi useita eri ryhmiä.

Yksi toimintatapa ei sovi kaikille terveydenhuollon tasoille

Psykiatrian ja mielenterveyspalveluiden kulttuurisia ongelmia kuvastaa hyvin myös tapa, jolla palvelujärjestelmä on reagoinut aikuisten ADHD-tutkimusten lisääntyneeseen kysyntään. Aluksi ADHD-tutkimuksia tehtiin vain yliopistosairaaloiden tertiääripoliklinikoilla, joissa kehitettiin moniammatillinen tutkimusprosessi, joka sisältää kattavasti itsearviolomakkeiden käyttöä, diagnostisia haastatteluja ja omaisten haastatteluja. Tutkimusten kysyntä kasvoi nopeasti niin suureksi, että tertiääripoliklinikoille alkoi muodostua hoitotakuun kannalta ongelmallisia jonoja, minkä vuoksi suuri osa tutkimuksista siirrettiin sekundaaritason psykiatrian poliklinikoille, joissa tutkimuksia ryhdyttiin tekemään tertiääritasolla kehitetyin prosessein. Tutkimusten kysynnän edelleen lisääntyttyä prosesseja on siirretty perusterveydenhuoltoon,

vaikka viranomaismääräysten mukaan ADHD:n lääkehoidon aloittaminen aikuiselle edellyttää psykiatrian erikoislääkärinä. Monin paikoin tämä onkin johtanut psykiatrien palkkaamiseen perustasolle tai

ADHD-tutkimusten tuottamiseen ostopalveluilla. Molemmat ratkaisut vahvistavat kilpailutilannetta psykiatreista. Epäloogisena voidaan pitää myös sitä, että tertiääripoliklinikoilla alun perin rakennettu ”kultainen standardi” ADHD:n diagnostiikalle on vuosien saatossa muuttunut perustason

toimintamalliksi. Merkille pantavaa on se, että perusterveydenhuolto ei toimi juuri minkään muun sairauden kohdalla siten, että potilaan itsensä ilmaisema epäily sairaudesta / mielenterveyshäiriöstä automaattisesti johtaa laajoihin moniammatillisiin tutkimuksiin. Olisikin tärkeää löytää perusterveydenhuollon toimintaympäristöön ja periaatteisiin soveltuva tapa auttaa niitä aikuisia, jotka kokevat kognitiivisia häiriöitä, eikä vain siirtää perusterveydenhuoltoon jo erikoissairaanhoidossa aikaisemmin pidemmän päälle mahdottomaksi osoittautunutta raskasta tutkimusprotokollaa. Samaa prosessia toistaen jonot siirtyvät nopeasti perusterveydenhuoltoon, jonka alapuolella terveydenhuollon hierarkiassa ei enää ole olemassa alemmaa tasoa, jonne tutkimukset voisi seuraavaksi siirtää.

Sote-uudistus luo pohjaa käänteelle parempaan?

Tämän vuoden alussa realisoitunut sote-uudistus on perustunut ajatuksiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen integraation vahvistumisesta ja perustason

palveluiden vahvistamisesta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuudessa näiden tavoitteiden toteutuminen on välttämätöntä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parempi yhteensovittaminen, yhteisten hoito-, kuntoutus- ja asiakassuunnitelmien tekeminen ja lisääntynyt molemminpuolinen ymmärrys toisen toimijan tarjoamista palveluista mahdollistavat potilaan ja asiakkaan tarpeisiin paremmin vastaavat palvelut, mutta myös luovat pohjaa tehokkaammalle resurssi-

en käytölle. Varsinkin mielenterveys- ja päihdekuntoutujien palveluissa on tärkeää pystyä hyödyntämään sosiaalihuollon palveluita. Toisaalta tulee muistaa, että sosiaalihuollon palveluiden saaminen ei tarkoita sitä, etteikö mielenterveys- ja tai päihdekuntoutuja tarvitsisi myös terveydenhuollon palveluita.

Psykiatrien vähenevästä määrästä huolimatta uuteen nousuun

Psykiatrian alan erikoislääkärimäärä näyttää vielä joitain vuosia vähenevän ja jämähtävän sitten aikaisempaan nähden selvästi matalammalle tasolle. Palvelujärjestelmää tulee rakentaa lähtöisin siitä olettamasta, että psykiatrian alan erikoislääkäreiden määrä on joko pitkäaikaisesti tai pysyvästi matalampi kuin aikaisemmin. Tulee uudelleen määritellä, mitä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehdään ja mihin psykiatrian erikoislääkäreiden työpanosta on tarkoituksenmukaista käyttää.

Psykiatriseen erikoissairaanhoidoon sisältyy nykyään palveluita, jotka itsestään selvästi kuuluvat erikoissairaanhoidoon, kuten päivystys, vuodeosastohoito, anestesia tai erityisosaamista vaativat neuromodulaatiohoidot, vaativat psykososiaaliset hoidot, tehostettu avohoito tai ensipsykoosiin sairastuneiden alkuvaiheen hoito. Erikoissairaanhoidossa tuotetaan kuitenkin myös paljon sellaista palvelua, joka ei millään tavalla tarvitse tai edes välttämättä hyödy erikoissairaanhoidon kontekstista, kuten psykiatrin konsultaatiot tai keski- vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien psykososiaaliset ja lääkehoidot. Näiden palveluiden sijoittaminen erikoissairaanhoidoon pidentää potilaan tietä palveluihin, mikä johtaa hoitoon pääsyn pitkittymiseen ja sitä kautta huonompaan ennusteeseen. Palveluiden siirtäminen perustason palveluihin vastaavasti (tarvittaessa psykiatrin

konsultaation tukemana) parantaisi vaikuttavan hoidon saatavuutta ensilinjassa ja vähentäisi erikoissairaanhoidon tarvetta. Psykiatrin konsultaatiotuen turvin hoidettavien potilaiden määrä myös kasvaisi huomattavasti, jos perustasolla olisi saatavilla nykyistä laajemmin psykoterapeuttista ja muuta psykososiaalista hoitoa.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perustason mielenterveyspalveluiden välisen hoidon porrastuksen tarkastelun lisäksi on tärkeää edelleen kehittää ja vahvistaa perustason palveluita myös muilla tavoin, esim. sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parempana integroitumisena. Nykyisin kotiin vietävänä terveydenhuoltona tai terveydenhuollon tarjoamina ryhminä tuotettavat palvelut olisi mahdollista myös tuottaa osin sosiaalipalveluin. Olennaista on kuitenkin löytää yhteistyössä toimien potilaiden kannalta kussakin tapauksessa tarkoituksenmukaisimmat ratkaisut. Samalla palveluiden kaikilla tasoilla tulee vahvistaa potilaiden omahoidon tukea. Resurssien riittävyden kannalta on myös välttämätöntä pyrkiä ratkaisemaan elämään kuuluvien vastoinikäymisten tai sosiaalisten ongelmien aiheuttamien normaaliin psyykkisten reaktioiden aiheuttama kärsimys muuten kuin terveydenhuollon palveluin, esim. kolmatta sektoria ja seurakuntia tai muita uskonnollisia yhteisöjä hyödyntäen. Valtaosa mielenterveyshäiriötä sairastavista potilaista pitäisi hoitaa ilman psykiatria tai korkeintaan konsultoitavan psykiatrin turvin. Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluissa potilaiden pitäisi hoitua lievimmässä tapauksissa siten, että hoitoon ei tarvita lääkäreitä ensinkään.

Psykiatrien roolien uudelleen määrittely

Psykiatrimäärän väheneminen voi tulevaisuudessa johtaa erilaisiin psykiatrirooleihin, esimerkiksi alueelliset konsultoitavat psykiatrit sekä vuodeosastohoidosta ja

Taulukko 1. Mahdollisia toimia psykiatrian erikoisalalan ja psykiatrin työn kohentamiseksi tulevaisuudessa.

Psykiatrian erikoisalalan ydintehtävien ja roolin uudelleenmäärittely	Tulevaisuudessa vain vaikeimmat mielenterveyshäiriöt kuuluvat psykiatrian erikoisalalle. Yhteistyössä eri toimijoiden kanssa kirkastetaan, millä eri tahoilla mielenterveysongelmia tai mielenterveyden häiriöitä hoidetaan.
Psykiatrian erikoislääkärin työtehtävien ja roolin uudelleenmäärittely	Tulevaisuudessa psykiatrin työssä voi olla erilaisia painotuksia, esimerkiksi sairaalapsykiatri ja alueellinen psykiatri, jonka tehtäviin kuuluu myös perustason konsultointi. Psykiatrin tulee itse saada vaikuttaa omaan työnsuuntaan ja sisältöön.
Työolojen kohentaminen ja työrauha	Psykiatrin työstä karsitaan pois muiden ammattiryhmien tehtävät, esimerkiksi sihteerin tehtävät. Huolehditaan siitä, että esimerkiksi sihteereitä on riittävästi saatavilla. Hyvän ja vahvan johtajuuden myötä psykiatrien työmäärä rajataan inhimilliseksi. Vähennetään psykiatreilta vaadittavien ei-lääketieteellisten lausuntojen määrää, jolloin aikaa jää potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen. Vähennetään potilaiden toimeentulon turvaamiseksi vaadittavien lausuntojen määrää. Tämä voi tapahtua lakimuutoksin.
Kohennetaan psykiatrian erikoisalojen houkuttelevuutta	Psykiatrian erikoisalojen lääkäreiden työ on vaativaa, monipuolista ja antoisaa työtä, mikä asia on jäänyt kriisipuheen alle. Siirretään katse tulevaisuuteen ja muistutetaan alan hyvistä puolista. Huolehditaan siitä, että tulevaisuudessa työolot kohenevat ja työnkuva selkiytyy. Panostetaan psykiatrian alojen opetukseen lääketieteen perusopetuksessa. Huomioidaan psykiatrian ja psykiatrien muuttuva rooli tulevaisuudessa myös erikoistumiskoulutuksessa.

vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidosta vastaavat sairaalapsykiatrit. Konsultoitavien psykiatrien työnkuvassa korostuvat konsultatiivinen ja verkostomainen työote. Konsultoitavan psykiatrin tulee toimia alueellaan eräänlaisena mielenterveyspalveluiden kapellimestarina, joka osaa hyödyntää muita ammattilaisia potilaan parhaaksi ja tunnistaa ne potilaat, jotka hänen on syytä ottaa omalle vastaanotolleen. Tällainen rooli edellyttää alueen muiden ammatti-

laisten ja palveluiden hyvää tuntemusta ja sitoutumista omaan alueeseen. Suurempi osa konsultoitavan psykiatrin työstä tehdään muualla kuin omalla potilasvastaanotolla, kuten monialaisissa tiimeissä tai yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon lääkäreiden ja muiden mielenterveysalan ammattilaisten kanssa. Konsultoitavan psykiatrin roolissa välttämättömyys on autonomia sen suhteen, ketkä tulevat psykiatrin vastaanotolle. Konsultoitavien psykiatrien

avulla voisi pääsääntöisesti myös korvata nykyiset merkittävää hukkaa aiheuttavat lähetekäytännöt siten, että konsultoiva psykiatri voisi päättää sairaalapsykiatrian puolelle hoitoon otettavat potilaat. Tarvittaessa konsultoivan psykiatrin tehtäväkuvat olisi mahdollista rakentaa myös niin, että niitä olisi mahdollista hoitaa myös muuten kuin virkasuhteessa.

Sairaalapsykiatrien roolina olisi vastata erikoislääkärijohtoisesta psykiatrisesta hoidosta. Tämä pitäisi sisällään psykiatrian erikoisalan päivystyksen, vuodeosastohoidon, tehostetun avohoidon ja sairaalakontekstia vaativat neuromodulaatiohoidot, mutta myös vaikeista mielenterveyshäiriöstä kärsivien vaativan psykososiaalisen hoidon. Tämä tarkoittaisi käytännössä esim. ensipsykoosiin sairastuneiden hoitoa tai vaikeasti traumatisoituneiden ja vaikeasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien psykoterapeuttista hoitoa. Varsinkin viimeksi mainitun voisi ajatella tarjoavan yksityissektorille psykoterapiatyöhön siirtyneille psykiatreille houkuttelevia työmahdollisuuksia moniammatillisissa tiimeissä, jotka keskittyvät monimuotoisiin psykososiaalisiin hoitoihin. Sairaalapsykiatrien rooliin liittyy useammin tehtäviä, jotka edellyttävät virkavastuuta, joten näiden hoitaminen pääasiallisesti virkasuhteessa olisi luontevaa. Luonnollisesti tulisi mahdollistaa myös konsultoivan psykiatrin ja sairaalapsykiatrin roolien yhdistäminen.

Psykiatrian erikoisalan työn sisällön ja psykiatrin tulevaisuuden työnkuvat vaativat uudenlaista otetta myös lääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutukseen. Yhteistyö- ja konsultaatiopsykiatrian koulutusta tulisi lisätä. Lisäksi, jos kaksiportainen psykoterapiakoulutus otetaan Suomessa käyttöön, tulisi 1. portaan koulutuksen olla mahdollista sisältyä valinnaisina opintoina jo lääketieteen perusopintoihin ja molempien portaiden psykiatrian erikoistumiskoulutukseen.

Lopuksi

Psykiatrian erikoisalat ovat hienoja ja monipuolisia aloja, joita yhdistäviä tekijöitä ovat vuorovaikutussuhteiden hyödyntäminen ja yksilöllisen kehittymisen näkökulma. Psykiatrian aloilla potilaita ja mielenterveyshäiriöitä on mahdollista tarkastella lukuisista eri näkökulmista solutasolta yhteiskunnallisiin näkökulmiin. Liian harvoin tulee todettua, että psykiatrian sisällä on tapahtunut valtavasti myönteisiä asioita, kuten uusien biologisten ja psykoterapeuttisten hoitojen esiinmarssi: Lääkehoidon mahdollisuudet ovat parantuneet, ECT:n rinnalle on tullut ja saatu käyttöönkin muita neuromodulaatiohoitoja ja näyttöön perustuvia psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia hoitoja on onnistuttu myös jalkauttamaan laajasti niin perustasolle kuin erikoissairaanhoidon. Mahdollisuudet potilaiden yksilöllisesti räätälöityyn hoitoon ovat näin ollen merkittävästi parantuneet. Digitaalisen kehityksen myötä ovat mahdollistuneet mm. verkkovälitteiset terapiat ja videovastaanotot, jotka mahdollistavat psykiatrin palveluiden saatavuuden paraneamisen koko maassa.

Olemme koonneet Taulukkoon 1 mahdollisuuksia psykiatrian tilanteen kohentamiseksi tulevaisuudessa. Ehdotetut toimet eivät toteudu yhden tahon toimesta, vaan niiden toteuttamiseen tarvitaan laajasti yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Psykiatrian erikoisalan ydintehtävien ja roolin uudelleenmäärittely

Tulevaisuudessa vain vaikeimmat mielenterveyshäiriöt kuuluvat psykiatrian erikoisalalle. Yhteistyössä eri toimijoiden kanssa kirkastetaan, millä eri tahoilla mielenterveysongelmia tai mielenterveyden häiriöitä hoidetaan.

Psykiatria ja mielenterveyspalveluita koskevaa puhetta on viime vuodet leimannut laajasti kriisipuhe. Toivomme, että

tästä päästään nyt siirtymään mahdollisuuksien ja toivon sävyttämään puheeseen. Olemme tässä kirjoituksessa toivottavasti onnistuneet nostamaan esille sen, että psykiatrian ja mielenterveyspalveluiden toimintaedellytysten kohentaminen on mahdollista, ja uskomme yhteiskunnasta nyt löytyvän rohkeutta ja halua siihen, koska muuta vaihtoehtoa ei oikeastaan ole. Rohkeutta ja halua muutoksen tekemiseen tarvitaan myös alueellisesti ja paikallisesti niin työntekijöiltä kuin johtajiltakin. Uudet hyvinvointialueet toivottavasti tarjoavat tälle työlle puitteet.

Kirjallisuutta

1. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035, STM:n julkaisu, 2022:21
2. <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/tilastotietoa#aikaisempien-valintojen-tilastotietojat-2>
3. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahautus?fbclid=IwAR1rQcKKZrSSnHRD3ylAhY7y-oQmhuuHDtXabcUzTznf19-hzy6wtlgSZ6l>