

# **MIELENTERVEYSPOLITIikka JA TALOUS**

Taloudelliset näkökulmat sosiaali- ja terveysministeriön hankkeissa

**Juho Happonen**  
**Pro gradu -tutkielma**  
**Yhteiskuntapolitiikka**  
**Yhteiskuntatieteiden**  
**ja filosofian laitos**  
**Jyväskylän yliopisto**  
**Kevät 2019**

# TIIVISTELMÄ

## MIELENTERVEYSPOLITIikka JA TALOUS

Taloudelliset näkökulmat sosiaali- ja terveysministeriön hankkeissa

Juho Happonen  
Yhteiskuntapolitiikka  
Pro gradu -tutkielma  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Ohjaaja: Teppo Kröger  
Kevät 2019  
Sivumäärä: 70

Tutkimuksen aiheena on taloudellisten näkökulmien esiintyminen suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Taloudellisia näkökulmia on tutkimuksessa tarkasteltu talouden tasoja kuvaavien käsitteiden (terveydenhuollon talous, mikrotalous, makrotalous ja yhteiskunnan hyvinvointi) kautta. Tutkimuksen taustalla ovat suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet rakennemuutokset 1980- ja 1990-lukujen aikana, joista keskeisimpiä olivat dehospitalisaatio, mielenterveyspolitiikan kunnallistuminen ja 1990-luvun laman seuraukset mielenterveyspalvelujärjestelmälle. Tätä kehitystä lähestytään Michel Foucault'n hallinnallisuuden (*governmentality*) käsitteen avulla, ja hallinnallisuuden käsite toimii tutkimuksen taustalla väljänä, tulkintaa tukevana viitekehysenä. Tutkimusaineisto koostuu sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspoliittisten hankkeiden toimintaohjelmista ja toimenpidesuosituksista. Hankkeet *Mielekäs Elämä!*, *Masto-hanke* ja *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015* toteutettiin vuosien 1998–2015 aikana. Tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä ja laadullista teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Tutkimuksen analyysirungon pääteemat muodostettiin edellä mainituista talouden tasoista, ja näitä täydennettiin yhdellä aineistolähtöisellä pääteemalla (yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe). Alateemat muodostettiin aineistolähtöisesti. Tulosten perusteella mielenterveyspolitiikan talousajattelu on kustannuskeskeistä, mikä voi olla seurausta mielenterveyspolitiikan sairaus- ja häiriökeskeisyydestä. Pelkistettynä mielenterveyspolitiikan päättelyketju etenee siten, että mielenterveyspalveluiden niukat resurssit sekä kotitalouksien toimeentulo-ongelmat vaikuttavat negatiivisesti ihmisten mielenterveyteen, ja mielenterveyden häiriöt puolestaan vaikuttavat negatiivisesti kansantalouteen. Keskeisiä teemoja olivat palvelujärjestelmän resurssipula sekä työelämäosallisuuden merkityksen korostaminen mielenterveyttä tukevana tekijänä. Tutkimuksen perusteella mielenterveystyön professionaaliset ja sisällölliset kysymykset ovat irrallaan ylätasen mielenterveyspolitiikasta.

**Avainsanat:** mielenterveyspolitiikka, mielenterveyspalvelut, talous, hallinnallisuus, hallinnallistuminen, sosiaali- ja terveysministeriö

# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>SUOMALAISEN MIELENTERVEYSPOLITIIKAN KEHITYSKULKU</b> .....	<b>8</b>
	2.1 Suomalaisen mielenterveyspolitiikan taustaa .....	9
	2.2 1990-luvun rakennemuutokset.....	12
	2.3 Mielenterveyspolitiikan hallinnallistuminen .....	14
	2.4 Mielenterveyspolitiikan tulevaisuus? .....	17
<b>3</b>	<b>MIELENTERVEYS JA TALOUDEN TASOT</b> .....	<b>20</b>
	3.1 Talousteoria ja kustannuskäsitteet .....	21
	3.2 Talouden tasot.....	24
<b>4</b>	<b>MIELENTERVEYDEN JA TALOUDEN SUHDE</b> .....	<b>26</b>
	4.1 Mielenterveyspalveluiden talous .....	26
	4.2 Tulot, työhön osallistuminen ja julkistalous .....	28
	4.3 Mielenterveydelle asetettu arvo .....	33
<b>5</b>	<b>TUTKIMUSKYSYMYKSET, MENETELMÄT JA AINEISTO</b> .....	<b>36</b>
	5.2 Laadullinen tutkimus ja teorialähtöinen sisällönanalyysi .....	36
	5.3 Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet .....	37
<b>6</b>	<b>TULOKSET</b> .....	<b>40</b>
	6.1 Analyysirunko.....	40
	6.2 Talouden tasojen esiintyminen .....	41
	6.3 Terveystalouden talous.....	44
	6.4 Mikrotalous .....	47
	6.5 Makrotalous .....	50

6.6 Yhteiskunnan hyvinvointi.....	52
6.7 Yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe .....	54
<b>7 POHDINTA .....</b>	<b>58</b>
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>64</b>

# 1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella taloudellisten näkökulmien ilmenemistä suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Suomalaisessa mielenterveyspoliittisessa ajattelussa mielenterveyttä sekä mielenterveyspalveluita on oltu taipuvaisia käsittelemään sairaus- ja häiriökeskeisistä lähtökohdista sen sijaan, että ne nähtäisiin hyvinvointia ja toimintakykyisyyttä korostavana ”positiivisena mielenterveytenä” (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2010, 8; Helén, Hämäläinen & Metteri 2011, 48). Tutkimusasetelmaa ohjaa oletus siitä, että häiriökeskeisyyden seurauksena myös palveluiden järjestämistä ja resursseja koskeva keskustelu kohdistunee voimakkaammin kustannuksiin ja negatiivisiin talousvaikutuksiin kuin investoinneilla saavutettuihin tuloksiin tai kustannushyötyajatteluun.

Suomessa mielenterveyden häiriöiden hoidon kustannusten on arvioitu olevan noin 5 % kaikista terveydenhuollon menoista (esim. Reini 2016, 42). Suomen terveydenhuoltomenot olivat 19,5 miljardia euroa vuonna 2014, mikä tarkoittaa 9,5 %:n osuutta bruttokansantuotteesta. (Matveinen & Knape 2016, 1.) Perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon menot vuonna 2014 olivat 105,5 miljoonaa euroa, ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot 745,7 miljoonaa euroa. (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 1.) Vuoden 2014 tiedoilla mielenterveyden häiriöiden osuudeksi muodostuu siis noin 4,4 % kaikista terveydenhuoltomenoista.

Mielenterveyspalveluiden osalta tyydyttämättömän hoidontarpeen on todettu olevan suuri (Lehtinen & Taipale 2000, 114; Lehtinen & Taipale 2005, 362). On jopa esitetty, että ristiriita palvelutarpeen ja palveluiden tarjonnan välillä on suurempi kuin millään muulla sairastamisen osa-alueella (Taipale 1996, 25). Myös mielenterveyden häiriöiden hoidon suhteellinen panostus on vähentynyt samaan aikaan, kun niiden yhteiskunnallinen merkitys on kasvanut. Lisäksi on katsottu, että palvelutarjonta ei jakaudu alueellisesti, demografisesti tai diagnoosiryhmittäin oikeudenmukaisesti. (Wahlbeck ym. 2018, 12.)

Toisaalta on esitetty, että Suomessa viime vuosikymmeninä ei ole ylipäättään tehty luotettavaa terveystaloudellista tutkimusta mielenterveyden häiriöiden taloudellisista vaikutuksista eikä mielenterveystyön voimavaroista tai niiden kohdentumisesta (Helén ym. 2011, 41; Wahlbeck ym. 2018, 95). Sikäli kun luotettavaa tutkimusta aiheesta ei ole tehty, ei ole myöskään saatavilla laadukasta ja luotettavaa tietoa mielenterveyspolitiikan ohjaamisen ja mielenterveyspalvelujärjestelmän johtamisen ja kehittämisen tueksi. Nämä seikat huomioon

ottaen tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millainen suhde talouden ja mielenterveyden välillä vallitsee ja millainen asema taloudellisilla kysymyksillä on suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa.

Tutkimuksen lähestymistapaa ohjaa väljänä ja tulkintaa tukevana viitekehyksenä toimiva Michel Foucault'n hallinnallisuuden (*governmentality*) käsite, jonka kautta suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on tarkasteltu aiemminkin (esim. Helén 2011; Helén ym. 2011; Hämäläinen & Metteri, 2011). Hallinnallistumisen ilmiötä leimaa politiikan asiasisältöjen kaventuminen ja korvautuminen yleispätevällä hallintokielellä sekä hallinnan keinojen, prosessien ja tekniikoiden irtaantuminen ja vieraantuminen käytännön tasolta. Näin myös suomalaiselle mielenterveyspolitiikalle on katsottu käyneen (Helén 2011; Helén ym. 2011; Hämäläinen & Metteri, 2011).

Tutkimuksen teoreettinen runko koostuu kahdesta taloustieteellisestä teoreettisesta viitekehystä, joita olen yhdistänyt soveltaen. Ensimmäinen näistä on taloustieteen teoriaperinteen mukainen taloudellisten ilmiöiden jako mikro- ja makrotaloudelliseen tasoon. Mikro- ja makrotaloustiede muodostavat taloustieteelle yhtenäisen teoreettisen rungon, josta vallitsee vahva yksimielisyys. (Pohjola 2012, 11.) Toinen sovellettava teoreettinen viitekehys on hahmotelma erilaisista terveysongelmista johtuvia taloudellisia kustannuksia kuvaavista käsitteistä (Suhrcke, Sauto Arce, McKee & Rocco 2012, 61–62), jotka jakautuvat perspektiivin sekä tutkimustiedon perusteella kolmeen toisiinsa sisältyvään tasoon. Näiden pohjalta olen hahmotellut talouden tasoja kuvaavat, toisiinsa sisältyvät käsitteet, joita tutkimuksessa käytän.

Tutkimuksen tutkimusaineisto koostuu kansallisen tason mielenterveyspoliittisissa hankkeissa syntyneistä asiakirjoista. Hankkeet on toteutettu pääosin 2000- sekä 2010-lukujen aikana sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Aineistoon olen valikoinut sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, jotka on tehty nimenomaisesti kustakin hankkeesta. Aineistoa poimittiin seuraavista hankkeista: *Mielekäs Elämä!* -ohjelma (1998–2002), *Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä Masto*-hanke (2008–2011) ja *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*.

Tutkielman rakenne etenee seuraavasti: luvussa 2 luon yleiskatsauksen suomalaisen mielenterveyspolitiikan kehityskulkuihin historiasta nykypäiviin saakka. Käsittelen lyhyesti myös mielenterveyspolitiikan ylikansallista ulottuvuutta. Luvussa 3 esittelen terveystaloustieteellistä tutkimusperinnettä ja tutkimuksen analyysissä hyödyntämäni teoreettiset käsitteet. Luvussa 4 käyn läpi mielenterveyden ja talouden välistä suhdetta tarkastelevaa tutkimuskirjallisuutta. Luvussa 5 esittelen käyttämäni tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineiston

ja luvussa 6 kuvaan muodostamani analyysirungon, analyysin etenemisen sekä siitä saadut tulokset. Lopuksi luvussa 7 käyn läpi keskeisimmät tutkimustulokset ja esitän pohdintaa niiden pohjalta.

## 2 SUOMALAISEN MIELENTERVEYSPOLITIIKAN KEHITYSKULKU

Tässä luvussa käsittelen suomalaisen mielenterveyspolitiikan taustaa sivuten samalla historiallisia kehityskulkuja sekä erilaisia ajattelutapoja ja näkökulmia, joiden pohjalta suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on kulloinkin muotoiltu. Luvun tarkoituksena on muodostaa yleiskäsitys suomalaisen mielenterveyspolitiikan kehityksestä sekä sitä ohjanneista ideologisista ja taloudellisista olosuhteista 1900-luvun loppupuolen ja 2000-luvun aikana. Luvun aluksi esittelen muutamia aihealueen kannalta keskeisiä käsitteitä.

Koska tutkimuskohteena on suomalainen mielenterveyspolitiikka, on aluksi syytä tarkastella, mitä mielenterveyspolitiikalla tarkoitetaan. Salon (2011, 291) määritelmän mukaan mielenterveyspolitiikalla tarkoitetaan ”julkisen vallan, yksityisten palveluntuottajien sekä kansalaisjärjestöjen ja yhdistysten harjoittaman mielenterveystyön tietoista ja tavoitteellista kytkeytymistä harjoitettavaan hyvinvointipolitiikkaan.” Hämäläinen ja Metteri (2011, 111–112) taasen määrittelevät mielenterveyspolitiikan ”kiistoiksi ja kamppailuiksi mielenterveystyön sisällöstä ja alasta sekä sen voimavarojen tuotannosta, käyttötavoista ja jakautumisesta yhteiskunnassa.” Mielenterveyspolitiikan (*mental health policy*) on myös nähty viittaavan mihin tahansa yhteiskunnan pyrkimykseen edistää mielenterveyttä sekä parantaa mielenterveysongelmia, ja sen on katsottu sisältävän lainsäädännöllisiä järjestelyjä sekä poliittisesti säädettyjä ammatillisia velvollisuuksia ja palveluvastuita. (Pilgrim 2014, 139.)

Hämäläinen ja Metteri jakavat mielenterveyspolitiikan kahteen ulottuvuuteen. Mielenterveyspolitiikan *ohjelmallisella ulottuvuudella* he viittaavat erilaisissa ohjelmissa, mietinöissä ja artikkeleissa esitettyihin käsityksiin mielenterveyspalvelujärjestelmästä ja sen kehittämisestä. Mielenterveyspolitiikan *toiminnallisen ulottuvuuden* he taasen katsovat koostuvan mielenterveyslainsäädännöstä sekä sen toteuttamisesta käytännön mielenterveystyössä ja hallinnossa. Kulloisenkin aikakauden psykiatristen, sosiaalipoliittisten ja poliittisten virtausten Hämäläinen ja Metteri näkevät olevan välittömässä yhteydessä mielenterveyspoliittisiin ohjelmiin. (Hämäläinen & Metteri 2011, 111–112.)

Mielenterveystyöllä taasen ”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 häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveystalvet (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.” (Mielenterveyslaki 1116/1990).

Helén, Hämäläinen ja Metteri (2011, 11–69) ovat konstruoineet hahmotelman kahdesta mielenterveyspolitiikan muodostumasta, joiden he katsovat kuvaavan laajasti koko suomalaisen mielenterveystyön eetosta. Näistä historiallisesti varhaisempi on jo 1800-luvulla alkunsa saanut *psykiatris-lääketieteellinen mielenterveystyö*, joka perustui kliinisen psykiatrian perinteeseen. Sen mukaan mielenterveystyön täytyi olla osa psykiatrista ajattelua ja olla organisoitu lääketieteellisistä lähtökohdista; mielenterveystyöntekijän tuli tuntea mielenterveysongelmat ja pystyä tekemään niistä diagnoosi, jonka pohjalta voitiin toteuttaa hoito ja kuntoutus. Myöhäisempi ja pitkälti hyvinvointivaltion rakennusprosessia ajallisesti mukaileva muodostuma on *yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö*, jonka sisältö määrittelee ”yhteiskunnan yleisen mielenterveystyön” konsepti. Se perustui myöhemmin kuvatun dehospitalisaation lisäksi depsykiatrisaatioon eli ei-lääketieteelliseen näkökulmaan, sekä ajatukseen mielenterveyden häiriöiden ehkäisystä ja yhteiskunnan paremman mielenterveyden rakentamisesta. (Helén ym. 2011, 16–18; 21.) Seuraavaksi esittelen suomalaisen mielenterveyspolitiikan kehitystä näihin mielenterveystyön muodostumiin pohjaten.

## **2.1 Suomalaisen mielenterveyspolitiikan taustaa**

Suomalaisen mielisairaanhoidon on katsottu olleen hallinnollisesti ja lainsäädännöllisesti muusta terveydenhuollosta eriytynyttä pitkälle 1900-luvulle (Hyvönen 2008, 89; 220; Eskola & Taipale 2011, 181). Käytännön mielisairaanhoidon perustui suurelta osin suljettuun laitoshoitoon sekä eristämisideologiaan ja oli mielisairauden ja hulluuden leimoin vahvasti negatiivisesti sävyttyä. Erikoissairaanhoidon osa-alueiden hallinnollisten ja lainsäädännöllisten rajojen on katsottu poistuneen vasta vuonna 1990. (Eskola & Taipale 2011, 181.)

Vuonna 1889 keisarillisella asetuksella määrättiin kunnat huolehtimaan kroonisesti mielisairaista ja perustamaan köyhäntalojen yhteyteen erityisiä osastoja tai kokonaisia laitoksia mielisairaita varten. Tuohon aikaan mielisairaalan tehtävänä pidettiin pysyvää potilaan eristämistä terveistä ihmisistä. 1800-luvulla mielisairaita pidettiin niin sanotusti toivot-

tomina tapauksina, ja potilaat otettiin yleisesti laitoksiin koko loppuiäkseen. Vielä 1940-luvulla mielisairaaloiden osastot olivat täysin suljettuja paikkoja. Hoidot perustuivat rauhoittavan lääkityksen lisäksi työterapiaan ja kuumiin kylpyihin. (Achté 1993, 23.)

1920-luvulta alkaen Suomeen oli alettu perustaa mielenterveystoimistoja, ja vuoden 1952 mielisairaslaki antoi sysäyksen lakisääteisen avohoidon kehittämiseen. Sitä jatkoi vuoden 1978 mielisairaslain muutos, joka lisäsi kuntien velvollisuuksia ja mahdollisuuksia avohoidon laajempaan ja monimuotoisempaan kehittämiseen. Mielenterveystoimistojen tuli nyt psykiatrisen avohoidon ohella myös järjestää ja johtaa mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä omalla alueellaan. Uudistuksen on myös nähty parantaneen potilaiden oikeusturvaa. (Achté 1993, 25.)

Suomalaisen mielenterveyspolitiikan kentässä tapahtui 1900-luvun viimeisten vuosikymmenien aikana merkittäviä muutoksia. Länsimainen ajattelu ja syrjäytettyjen kohtelu muuttuivat keskeisesti 1960-luvulla. Yhteiseksi tavoitteeksi nousseeseen hyvinvointivaltion rakennusprosessiin katsottiin kuuluvan myös eriarvoisuuden kaventaminen, joten aiemmin marginaalissa olleet ryhmät nostettiin poliittisen keskustelun kohteeksi. (Eskola & Taipale 2011, 185.)

1960- ja 1970-luvuilla myös psykiatrinen ajattelutapa alkoi muuttua muun yhteiskunnallisen ajattelun mukana. Perinteinen mielisairauksien hoitoon ja yksilön poikkeavuuteen keskittyvän lääketieteellisen ajattelun on katsottu väistyneen uuden, sosiaalipsykiatriaksi kutsutun näkökulman tieltä, jossa psykiatrian tehtävänä nähtiin potilaiden toipumisen edistämisen lisäksi pyrkimys saada heidät ”palaamaan yhteiskuntaan” eli integroitumaan sosiaaliseen ympäristöönsä. (Helén ym. 2011, 14.)

Mielisairaaloihin kohdistunut arvostelu, hyvinvointivaltion rakennuskauden alku sekä sosiaalipsykiatristen näkökulmien esiinnousu johtivat siihen, että Suomen poliittisessa ympäristössä alettiin vaatia mielenterveyspalvelujärjestelmän epäkohtien korjaamista. Mielisairaanhoidosta puhumisesta luovuttiin ja psykiatrian uudistumisen ja edistyksen merkiksi alettiin puhua mielenterveystyöstä. Käsitteenä mielenterveystyön nähtiin ulottuvan pelkkää psykiatriaa laajemmalle ja sisältävän ajatuksen aiempaa edistyksellisemmästä psykiatrisesta terveydenhuoltojärjestelmästä. (Hyvönen 2008, 233–234; Eskola & Taipale 2011, 185; Helén ym. 2011, 15.)

1970- ja 1980-luvuilla mielenterveyspolitiikan asiakirjoissa sekä sosiaalipsykiatriassa keskustelussa alkoi kehittyä uudenlainen käsitys mielenterveystyön tehtävistä. Mielenterveystyö alettiin nähdä mielenterveyden häiriöiden hoitamisen, tutkimisen sekä potilaiden

kuntouttamisen – eli niin sanotun *korjaavan* mielenterveystyön lisäksi mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja torjuntaan erilaisten interventtioiden ja valistuksen avulla tähtäävänä *ehkäisevänä* työnä. Lisäksi korostettiin yhteiskuntasuunnittelun ja -politiikan keinoin mielenterveyden kehitystä edistämään pyrkivää *rakentavaa* mielenterveystyötä. Mielenterveystyön ja sosiaalipolitiikan nähtiin kytkeytyvän yhteen ja psykiatrisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sosiaaliviranomaisten välisen yhteistyön kehittämistä pidettiin tärkeänä. (Helén ym. 2011, 19–20.)

Mielenterveystyön suunnittelua tehtiin tuolloin pitkälti valtiojohtoisissa komiteoissa (Helén ym. 2011, 21–22). Tätä on nimitetty myös valtiovallan normiohjaukseksi (Hyvönen, 2008, 242; Hämäläinen & Metteri 2011, 114). Komiteoiden työssä laitoskriittiset näkökulmat kanavoituivat yhteiskunnallis-rakenteelliseksi mielenterveystyöksi, jonka perusajatus oli avata yhteyksiä mielenterveystyön ja muun yhteiskunnan välille sekä ”hakea poliittisia perusteita olemassaololleen” (Helén ym. 2011, 21–22). Tässä mielenterveystyön uudistushankkeessa oli kyse pyrkimyksestä sysätä suomalaista yhteiskuntaa lähemmäs pohjoismaista hyvinvointivaltiota. Siten julkisen sektorin toteuttama mielenterveystyö määrittyi poliittiseksi ja yhteiskuntaa uudistavaksi asiaksi, ja se alkoi kääntyä psykiatris-lääketieteellistä maailmankuvaa vastaan. (Helén ym. 2011, 22.)

Valtiollisten mielenterveystyön ohjelmien laatimisen jälkeen psykiatris-lääketieteellinen näkökulma alkoi Helénin ja kumppaneiden mukaan kuitenkin työntää yhteiskunnallis-rakenteellista mallia sivuun. Lääketiede suhtautui mielenterveystyöhön kliinisen psykiatrian ja luonnontieteellis-lääketieteellisen tutkimustiedon pohjalta, jollaista yhteiskunnallis-rakenteellisella näkökulmalla ei ollut taustallaan. Tieteeseen perustumaton yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveyspoliittinen näkökulma rakentui arvojen ja ideologioiden varaan. 1980-luvulla lähdettiin toteuttamaan suuria kansallisia psykiatrian tutkimus- ja kehityshankkeita nimenomaan lääketieteelliseltä pohjalta ponnistaen. Siinä missä yhteiskunnallis-rakenteellinen mielenterveystyö oli pyrkinyt avautumaan kohti yhteiskuntaa, nyt mielenterveystyössä palattiin takaisin psykiatris-lääketieteellisiin ajattelutapoihin. (Helén ym. 2011, 22–23.)

1900-luvun loppupuolen vuosikymmeninä mielenterveyspoliittisella kentällä nähtiin siis valtasuhteiden muutoksia kahden eri lähtökohdista nousevan arvopohjan välillä. Vuosisadan lopulla mielenterveyspolitiikkaan alkoivat vaikuttaa myös toisenlaiset muutosvirrat, joita käsittelen seuraavaksi.

## 2.2 1990-luvun rakennemuutokset

1980- ja 1990-luvuilla suomalainen psykiatrinen hoitojärjestelmä koki merkittävän murroksen, jota nimitetään dehospitalisaatioksi tai deinstitutionalisaatioksi. Olennaisin piirre tässä muutoksessa oli psykiatristen palveluiden muuttuminen sairaalakeskeisestä ja laitoshoitoon perustuvasta hoitojärjestelmästä avohoitopainotteiseksi palvelujärjestelmäksi. (Lehtinen & Taipale 2005, 362–363; Helén ym. 2011, 12–13.) Nopea sairaalapaikkojen väheneminen alkoi 1980-luvun puolivälissä ja muutoksen taustalla olivat 1970- ja 1980-lukujen mielenterveyspoliittiset ohjelmat sekä mielenterveyslainsäädännön muutokset. Tämä kehityskulku tapahtui Helénin ja kumppaneiden mukaan psykiatris-lääketieteellisen mallin mukaisesti. (Helén ym. 2011, 12–13; 24.)

Avohoitojärjestelmään siirtyminen ei kuitenkaan edennyt kuten valtiollisissa ohjelmissa oli suunniteltu. Aiemmin laitoshoitoon suunnattujen taloudellisten ja muiden resursien siirtyminen avohoitoon ei edennyt suunnitellulla tavalla (Hyvönen 2008, 239; Helén ym. 2011, 24), eikä mielenterveystyön käytäntöjä onnistuttu kehittämään tai monipuolistamaan uudenlaisia tarpeita vastaaviksi. On nähty, että tuolloisessa mielenterveyspalveluiden rakennemuutoksessa epäonnistuttiin ja että mielenterveyspalvelujärjestelmään jäi pahoja puutteita. (Helén ym. 2011, 24.)

Dehospitalisaation lisäksi myös toisenlaiset muutosvoimat vaikuttivat mielenterveyssektoriin. Taloudelliset olosuhteet muuttuivat hyvin nopeasti 1990-luvun talouslaman seurauksena. Sen lisäksi, että lama vaikutti yhteiskuntaan ja ilmapiiriin kokonaisvaltaisesti, vaikutti se myös hyvinvointipalveluiden rahoitukseen. Kuntien valtionosuusjärjestelmää uudistettiin vuosina 1993 ja 1996, ja laman seurauksena valtion tuen kunnille on katsottu supistuneen merkittävästi. (Helén ym. 2011, 44–45; Hämäläinen & Metteri 2011, 114.)

Valtion ja kuntien valtasuhteet olivat vuonna 1993 uudistetun kuntalain myötä muutoskassa, ja mielenterveysasioissa päätösvaltaa siirtyi kuntien lisäksi sairaanhoitopiireille ja kuntayhtymille (Hyvönen 2008, 243; Helén ym. 2011, 44–45). Tätä muutostendenssiä on nimitetty mielenterveyspalvelujen tai laajemmin mielenterveyspolitiikan kunnallistamiseksi tai kunnallistumiseksi (Lehtinen & Taipale 2000, 99; Helén ym. 2011, 44; Hämäläinen & Metteri 2011, 114). Kunnallistumisen seurauksena kuntapäätäjille on nähty tarjoutuneen tilaisuus kulujen karsimiseen mielenterveystyön resursseista (Hyvönen 2008, 243). 1990-luvun murroksella oli siis merkittäviä vaikutuksia paitsi mielenterveyspalveluihin ja -palvelujärjestelmään, myös niiden taloudellisiin olosuhteisiin.

Edellä mainittujen muutosvirtojen lisäksi uusliberalistisen ajattelun leviämisen ja uuden julkisjohtamisopin (*New Public Management*) on nähty vaikuttaneen 1990-luvulla merkittävästi valtion ja kuntien hallintoon ja sitä kautta myös mielenterveyspolitiikkaan yhtä aikaa kunnallistamisen kanssa (Hyvönen 2008, 242; Helén ym. 2011, 45). Keskeinen uuden julkisjohtamisopin ajatus oli liiketaloudellisten toimintakäytäntöjen siirtäminen hyvinvointivaltion toimintoihin. Tästä seurasivat julkishallinnon markkina-ajattelun korostuminen, erilaiset kustannusvaikuttavuuden, tehostamisen ja tulohajauksen ajattelutavat ja käytännöt. (Helén ym. 2011, 44–45; Hämäläinen & Metteri 2011, 126; Pollitt & Bouckaert 2011, 10.)

1990-luvun aikana toteutettiin edellä esiteltyjen muutosvirtojen myötävaikutuksella mittavia julkisia säästötoimenpiteitä. Talouskysymykset nousivat terveydenhuollon hallinnossa entistä keskeisempään osaan, ja säästöjen kohdistuminen nimenomaan mielenterveystyöhön on nähty erityisen korostuneena. (Hyvönen 2008, 239; 242–243; Eskola & Taipale 2011, 186; Helén ym. 2011, 40.) Säästötoimenpiteitä toteutettaessa taloudellisten arvojen nähtiin painottuneen ratkaisevan paljon. Hallinnollisten ja rakenteellisten muutosten seurauksena mielenterveyssektorin hallintojärjestelmän on nähty hajaantuneen, jonka tuloksena kokonaiskuva psykiatrisen hoitojärjestelmän tilanteesta oli hämärtynyt. Samoista syistä johtuen myös mielenterveyspalvelujen kustannuskehityksen seuranta oli 1990-luvulla vaikeaa. (Hyvönen 2008, 239.)

Helénin ja kumppaneiden mukaan mielenterveyspalveluiden rakennemuutoskeskustelua tai niin sanottua ”kriisipuheen traditiota” ovat sävyttäneet näkemykset taloudellisten resurssien vähäisyydestä sekä avohoidon puutteista. (Helén ym. 2011, 41) Esimerkiksi silloinen Stakesin pääjohtaja Vappu Taipale totesi vuonna 1996, että ”[m]ielenterveyspalvelujen tarjonta on vähäistä verrattuna arvioihin niiden tarpeesta. Millään muulla sairastamisen alueella ei ole yhtä suurta ristiriitaa tarpeen ja tarjonnan välillä.” (Taipale 1996, 25.) Myös muista vuosituhannen taitteen mielenterveyspalveluja koskevista dokumenteista on löydetty samankaltaisia huomioita resurssien ja avopalvelujen riittämättömyydestä sekä kokonaisvaltaisen koordinaation puutteesta (Helén ym. 2011, 42). Esimerkiksi Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa vuodelta 2000 todetaan tyydyttämättömän hoidontarpeen olevan merkittävä mielenterveyspalvelujen kehittämishaaste (Lehtinen & Taipale 2000, 114).

1990-luvun laman jälkitunnelmissa resurssien niukkuuden ohella myös psykiatris-lääketieteellisen perinteen vahvan aseman on arveltu vaikuttaneen mielenterveystyön kriisi-ilmapiiiriin. Sen seurauksena psykiatrian rakennemuutosta ja sen yhteiskunnallisia seurauksia koskeva kokonaiskuva oli jäänyt mielenterveyspoliittisessa keskustelussa muodostumatta,

ja toisaalta yhteiskunnallisen hallinnan muutosten yhteyttä mielenterveystyön käytäntöihin ei ymmärretty. Yhteiskunnallisen ja sosiaalisen ulottuvuuden hämärtyminen mielenterveyspoliittisessa keskustelussa on kuvattu synnyttäneen ”mielenterveyspoliittisen tyhjiön”. (Helén ym. 2011, 42–43; 47.)

### 2.3 Mielenterveyspolitiikan hallinnallistuminen

Kuten edellä on esitetty, mielenterveyspalvelujärjestelmän on yleisesti nähty 1990-luvun laman jälkeen taantuneen taloudellisesti sekä hajaantuneen hallinnollisesti (Hyvönen 2008, 245; 255; Helén ym. 2011, 40–41). Tämä kehityskulku on tulkittu osaksi laajempaa hallinnallistumiskehitystä (Hämäläinen & Metteri, 2011). Mielenterveyspolitiikan hallinnallistumisen yhteydessä mielenterveyspolitiikan sisältöjen on katsottu ”tyhjenevän” hallintokieleen ja talouteen siten, että mielenterveyspolitiikan sisällöllinen liikkumavara kapenee, ja hallinnolliset ja taloudelliset näkökulmat tulevat keskustelun keskiöön (Hämäläinen & Metteri 2011, 134–137). Seuraavaksi esittelen hallinnallisuuden käsitteen ja ilmiön taustaa sekä sen ilmenemistä suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa.

Hallinnallisuuden (*governmentality*) käsitteen kehittäjänä on pidetty Michel Foucault’ta (esim. Helén 2004, 208; Miller & Rose 2008, 28). Foucault’n (1991) mukaan valtion hallinnallisuus on seurausta kehityskulusta, jossa väestön tutkimiseen ja laskentaan tarkoitettujen (tilastollisten) menetelmien sekä poliittisen taloustieteen kehittyminen 1700-luvulla johti väestön aseman muuttumiseen valtiollisen kurivallan kohteesta aktiivisen, väestön itsensä toimintakykyä ylläpitävän hallinnan päämääräksi (Foucault, 1991; kts. myös Dean 2010, 127–128). Ollessaan samalla tae valtioinstituution säilymiselle on valtion hallinnallistuminen kuitenkin johtanut valtion roolin kaventumiseen, kun hallinnallistumisen ongelmista sekä erilaisista hallinnan tekniikoista on tullut ainoita poliittisen keskustelun piiriin lukeutuvia aiheita. Hallinnallisuus on samalla valtion sisäistä ja ulkoista, ja valtio ja valtion tehtäväkenttä ovat sen jatkuvan uudelleenmäärittelyn kohteena. Hyödyntäessään taloustieteellistä tietoa (*savoir*) valtio samaistaa itsensä sen välineeksi. (Foucault 1991, 103–104.)

Hallinnallistuminen on nähty rinnakkaisena prosessina yhteiskunnan yleiselle liberaaliselle kehitykselle, joka puolestaan nousi vastustamaan vanhaa ”poliisitieteeseen” tai ”valtiojärkeen” perustunutta valtiojärjestystä (Dean 2010, 62, 133). Mitchell Deanin (2010, 122) tulkinnan mukaan valtion hallinnallistumisessa (*governmentalization of the state*) on kyse prosessista, jossa hallinta (tai hallinnan taito, *art of government*) irtaantuu suvereenista valtiovallasta ja sen teorioista ja käytännöistä, ja nämä teoriat ja käytännöt sovittuvat yhteen

hallinnan taidon kanssa. Jotta hallinnan taito kykenee irrottautumaan suvereniteetista, hallinnallistumiseen liittyy myös hallinnan tekniikoiden ja logiikoiden, tai ”hallinnan prosessien” runsas lisääntyminen (Dean 2010, 127; 252).

Foucault’n pohjalta hallinnan rationaliteetteja ja teknologioita ovat tarkastelleet myös Peter Miller ja Nikolas Rose (2008). Heidän mukaansa hyvinvointivaltiokritiikin seurauksena markkinarationaliteetit ja -teknologiat laajenivat terveyden ja kasvatuksen kaltaisille, niiltä aiemmin säästyneille aloille. Tämä näyttää aluksi lisäävän ihmisten ja toimijoiden autonomiaa, mutta todellisuudessa sitookin ne uudenlaisen budjeteista, standardeista, riskinhallinnasta ja arvioinneista koostuvan hallinnan alaisuuteen. (Miller & Rose 2008, 28; 32.) Modernissa liberaalissa hyvinvointivaltiossa hallinnan prosessien lisääntyminen viittaa valan ja politiikan hajaantumiseen lukuisiksi hallinnan käytäntöjen sommitelmiksi, joita luonnehtivat erityiset hallinnan päämäärät, asiantuntijuudet sekä tieto-valta-muodostumat (Helén, 2004, 212).

Suomalaista mielenterveyspolitiikkaa on tulkittu hallinnallistumisen näkökulmasta. Helénin (2011, 171–173) tulkinnan mukaan kehitys kiteytyy 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa mielenterveyspolitiikan keskiöön nousseeseen asiakaslähtöisyyden käsitteeseen, joka epäpolitisoi psykiatrisen potilaan ”terapeuttisen subjektin”. Helénin mukaan 1980- ja 1990-lukujen aikana mielenterveystyön toimintapolitiikka ja sosiaalipsykiatrinen pohdiskelu ovat kääntyneet palvelujärjestelmäkeskeiseksi, minkä seurauksena mielenterveystyön käytännöt, tekniikat ja tietämys ovat irronneet mielenterveyspolitiikasta. Mielenterveystyön sisältökysymykset ovat jääneet teknis-ammattilliselle alueelle, pois poliittisen keskustelun keskiöstä, jota puolestaan ovat hallinneet 1990-luvulta lähtien liiketoimintaperustaiset hallinto-opit sekä terveystaloustieteellinen järki. Mielenterveyspolitiikasta on tullut jatkuvaa kehittämistä ja tehostamista vaativa ”projektien ja yhteistyöverkostojen valtakunta”, jota hallitsevat markkinamallit ja arviointikäytännöt sekä terapeuttinen konsumerismi. (Helén 2011, 171–173.)

Hallinnallisuus on paitsi tekniikoita ja prosesseja, keskeiseltä osin myös tiedon hallintaa. Valtiollisen mielenterveyspalveluohjauksen onkin katsottu siirtyneen 1990-luvulla niin kutsutun informaatio-ohjauksen aikakauteen, jonka aikana sosiaali- ja terveysministeriö on ”kehittänyt ja ohjannut mielenterveyspalveluja erilaisilla kehittämishankkeilla, oppailla, suosituksilla, hyvillä käytännöillä, tilastoilla jne.” (Valtiontalouden tarkastusvirasto, 66.) Informaatio-ohjauksella tarkoitetaan ”sellaista tiedon jakamista ja välittämistä, joilla pyritään vaikuttamaan ohjauksen kohteena olevaan toimijaan.” (Stenvall & Syväjärvi 2006, 14.) Periaatteena on pyrkiä vaikuttamaan tietoperusteisella ohjauksella kohteen käyttäytymiseen ja

toimintaan, ja ”se on luonteeltaan ei-sitovaa ja suostuttelevaa” (Stenvall & Syväjärvi 2006, 14). Informaatio-ohjauksella viitataan esimerkiksi koulutukseen, tilasto- ja tutkimustiedon sekä asiantuntijapalveluiden välitykseen, oppaiden tai suositusten sekä muiden julkaisuiden laatimiseen ja tiedottamiseen sekä kehittämishankkeiden tai projektien rahoittamiseen taikka henkilöstön käyttöön näissä hankkeissa (Hansson 2002, 19).

Siirtymä informaatio-ohjauksen aikakauteen on tulkittu osaksi mielenterveyspolitiikan hallinnallistumista (Hämäläinen & Metteri 2011, 134–137). Hämäläinen ja Metteri (2011) ovat tarkastelleet ilmiötä Pirkanmaan mielenterveyspalvelujen kunnallistamisprosessia koskevassa tapaustutkimuksessaan. Heidän mukaansa kunnallistamisprosessi ja sen eteneminen ilmentää uusliberalistisen ajattelun sekä uuden julkisjohtamisen oppien kytkeytymistä mielenterveyspolitiikkaan, josta yleinen hyvinvointivaltion murros sekä 1990-luvun mielenterveyspalvelujen rakennemuutokset olivat seurausta. Ilmiön keskeinen ilmentymä oli uuden julkisjohtamisen kustannusvaikuttavuusoppien ja kielenkäytön omaksuminen hallintoon sekä mielenterveystyön sisällöllinen kaventuminen. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallinnossa uuden julkisjohtamisen oppien soveltamisesta seurasi Hämäläisen ja Metterin mukaan ”markkinataloudellistaminen” ja siirtyminen palvelutuotannossa sopimusohjausmalliin, jossa palveluiden tuottaja ja ostaja ovat erillisiä toimijoita. Sairaanhoitopiirin klinikoista ja osastoista tehtiin tuotantoyksiköitä ja niiden toiminnasta muokattiin standardisoitavissa, hinnoiteltavissa ja arvioitavissa olevia prosesseja (vrt. Miller & Rose 2008, 28; 32). Mielenterveyspolitiikasta tuli näin kunnan budjettikauden mittaista ostamista ja myymistä, minkä seurauksena kokonaisvaltainen palvelujen koordinaatio rapautui. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.)

Hämäläisen ja Metterin mukaan mielenterveystyön harjoittaminen on (kunnallistamisprosessin seurauksena) kaventunut tuotteistettaviin ja mitattaviin toimintoihin, eikä mielikuvitukselle ja keskustelulle jää enää tilaa. Tuotteistettavuus ja mitattavuus puolestaan poisulkevat paljon tietyn tyyppisiä toimintatapoja esimerkiksi ehkäisevän sekä rakenteellisen mielenterveystyön toimialueilla. (Hämäläinen & Metteri 2011, 134–137.)

Tutkimuksessa tarkasteltiin prosessissa syntyneitä hallinnollisia asiakirjoja. Tyypillistä asiakirjoille oli mielenterveystyön sisältöjen katoaminen ja korvautuminen yleispätevällä ja hallinnonalasta riippumattomalla hallintokielellä. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.) Informaatio-ohjaukselle tyypilliseen (vrt. Hansson 2002, 19) tapaan hoitojärjestelmän kehittäminen oli osin ulkoistettu koulutuspalveluja tarjoaville yrityksille, ja kehittä-



mistyö oli pirstoutunut yksittäisiin koulutushankkeisiin ja projekteihin. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.) Näillä seikoilla voi nähdä olevan yhtymäkohtia Helénin ja kumppaneiden kuvaamaan mielenterveyspoliittiseen tyhjiöön (2011, 47) tai Foucault'n (1991, 103–104) näkemyksiin poliittisen keskustelun kaventumisesta koskemaan ainoastaan hallinnan tekniikoita.

Edellä esitellyn perusteella tällaisen kehityksen voi nähdä viittaavan hallinnan tekniikoiden ja informaatio-ohjauksen lisääntymiseen mielenterveyspalvelujärjestelmässä. Informaatio-ohjauksen keinot ja niiden käytön lisääntyminen voidaan nähdä Deanin (2010, 127; 252) mainitsemien hallinnan prosessien lisääntymisenä. Sikäli, kun nyt käsillä olevan tutkimuksen aineistona käytetään sosiaali- ja terveysministeriön kehittämishankkeissa laadittuja asiakirjoja, voitaneen tutkimuksen katsoa kohdistuvan mielenterveyspolitiikan informaatio-ohjaukseen. Mielenterveyspolitiikan hallinnallistuminen puolestaan toimii tutkimuksen taustalla väljänä ja tulkintaa tukevana viitekehystenä.

## **2.4 Mielenterveyspolitiikan tulevaisuus?**

Tässä luvussa olen luonut yleiskatsauksen suomalaisen mielenterveyspolitiikan kehityskulkuun ja siihen olennaisesti vaikuttaneisiin ilmiöihin. Kuten edellä on todettu, suomalainen psykiatrinen hoitojärjestelmä ja mielenterveyspolitiikka ovat kokeneet 1900- ja 2000-lukujen mittaan suuria muutoksia. Mielenterveystyö on edennyt aina eristämisideologiaan perustuvasta ”houruinhoidosta” sosiaalipsykiatrisen suuntauksen ja dehospitalisaation kautta sairaanhoitopiirin markkinaorientoituneeksi tulosalueeksi, jonka toimintaa määrittelevät budjettikuri ja tuottavuusodotukset. Merkittävässä roolissa prosessissa on ollut yleinen hyvinvointivaltiokehitys, jonka suuntia myös mielenterveyspolitiikka on mukailnut.

Helénin ja kumppaneiden mukaan mullistuksista ja supistuksista huolimatta 1980- ja 1990-lukujen aikana mielenterveystyö raivasi tiensä muiden hyvinvointipalveluiden joukkoon. Vaikka mielenterveysviranomaisten ja –ammattilaisten käsitys mielenterveystyöstä pohjautuu nykyaikana psykiatris-lääketieteelliseen näkökulmaan, on nyky-ymmärryksessä kuitenkin havaittavissa ajatus mielenterveystyöstä myös laajempänä yhteiskunnallisena kokonaisuutena. Nykyaikainen mielenterveystyö voidaan nähdä psykiatrian sekoittumisena muihin yhteiskunnan toimintoihin, kuten kasvatukseen, terveydenhoitoon ja sosiaalipalveluihin. Nykyistä mielenterveystyötä on kuvattu rihmastoksi, ”joka ulottuu kaikille hyvinvointi- ja terveystalvelujen sektoreille.” (Helén ym. 2011, 24-25; 28.)

Toteutuessaan mielenterveyspoliittista kenttää tulee jälleen uudelleenmuotoilemaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, joka vedettiin toistaiseksi pois valmistelusta keväällä 2019 (Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää). Tähän mennessä tehty valmistelutyö aiotaan kuitenkin hyödyntää mahdollisessa jatkovalmistelussa (Sosiaali- ja terveyspalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu). Valtioneuvoston kanslian julkaiseman, *YhdessäMielin*-hankkeen tuloksena syntyneen *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut* -loppuraportin (Wahlbeck ym. 2018) mukaan ”[s]osiaali- ja terveydenhuollon uudistus tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden järjestää mielenterveys- ja päihdetyö toimivaksi ja vaikuttavaksi kokonaisuudeksi, aina ehkäisystä kuntoutukseen saakka.” (Wahlbeck ym. 2018, 15.) Samalla raportti kuitenkin toteaa mielenterveys- ja päihdeasioiden jääneen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelussa katveeseen (Wahlbeck ym. 2018, 12). Edelleen uudistuksen myötä mielenterveys- ja päihdepalveluissa saavutettavan säästöpotentiaalin on arvioitu olevan 200-300 miljoonaa euroa (Torkki ym. 2016, 45).

Hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista koskevassa esityksessä (HE 15/2017 vp) mielenterveyspalveluiden osalta sijaa näyttäisivät saavan terveyden edistämisen sekä palveluiden saatavuuden näkökulmat. Esityksessä todetaan, että kuntien vastuulla oleva hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen eivät aina saa riittävää painoarvoa päätöksenteossa. Erityisesti lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipalveluiden, ikäihmisten palveluiden sekä päihde- ja mielenterveyspalveluiden nähdään sisältävän ”useilla toimialoilla terveyttä edistäviä, ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia palveluja.” (HE 15/2017 vp, 138.)

Palvelujen saatavuuden osalta hallituksen esitys korostaa, että ”[m]ielenterveysongelmien hoidon kannalta nopea hoitoon pääsy, nopea ja tehokas hoito heti alusta alkaen ja vakavampien häiriöiden kohdalla integroidut hoitomuodot ovat keskeisiä.” (HE 15/2017 vp, 276.) Tulevaan uudistukseen liittyvään maakuntauudistukseen viitaten todetaan nykyistä vahvemmillä palvelujen järjestäjillä olevan paremmat mahdollisuudet laadukkaiden, monipuolisten ja yhdenvertaisten mielenterveyspalvelujen järjestämiseen, mikä puolestaan lisää alueiden välistä yhdenvertaisuutta. (HE 15/2017 vp, 276.) Erityisen ongelmalliseksi katsotaan ”se, että osa nykyisistä kunnista ei menossa oleva väestökehitys ja taloudellinen kehitys huomioon ottaen kykene riittävällä tavalla järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluita. Ongelmaa syventää syrjäytymiseen ja mielenterveyteen sekä sairastavuuteen liittyvien riskien kasautuminen osaksi samoille alueille, joiden kunnat ovat palvelujen järjestämiskyvyltään keskimääräistä heikompia.” (HE 15/2017 vp, 648.)

Toisesta keskeisestä uudistusta määrittelevästä hallituksen esityksestä niin sanotuksi valinnanvapauslaiksi (HE 16/2018 vp) on luettavissa kustannussäästöjä korostava näkökulma suhteessa mielenterveyspalveluihin. Esityksessä esimerkiksi todetaan, että ” - - vaikeissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa oikea-aikainen hoitoon pääsy voi estää tilanteen pahenemisen ja siitä johtuvat lisäkustannukset.” (HE 16/2018 vp, 162.) Viitaten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemään selvitykseen (Kapiainen ym. 2010) esitys toteaa myös, että ”merkittäviä kustannussäästöjä voidaan saada aikaan, jos mielenterveyspotilaiden pitkäaikaisen vuodeosastohoidon tarvetta pystytään vähentämään jo aikaisessa vaiheessa.” (HE 16/2018 vp, 170.)

Uudistuksen myötä mahdollisesti perustettavilla hallinnollisilla maakunnilla tulisi olemaan keskeinen rooli palveluiden järjestämisessä. Uudistusta varten perustettujen internet-sivujen mukaan ”[m]ielenterveys- ja päihdeongelmien hoito on tärkeä osa tulevien sote-keskusten [uudistuksen yhteydessä perustettavien sosiaali- ja terveyskeskusten] palveluja ja maakunnan muita palveluja.” (Mielenterveys- ja päihdepalvelut.) Hallituksen esitys (HE 16/2018 vp) antaa vaihtoehtoisia tapoja järjestää palveluita, ja näitä voidaan soveltaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin: maakuntien erikoissairaanhoidon palveluita voitaisiin jalkauttaa sote-keskuksiin; maakunta voisi päättää lisätä sote-keskuksen palveluvalikoimaan psykiatrisia palveluita; tai maakunta voisi käyttää esimerkiksi asiakaseteleitä palveluissa. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut.)

Näyttää siis siltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mielenterveyspoliittisia tavoitteita voisivat olla ainakin (mielen)terveyden edistäminen, palveluiden saatavuuden turvaaminen sekä kustannussäästöjen saavuttaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevien asiakirjojen ja linjausten pohjalta voidaan pyrkiä luomaan käsitystä siitä, mihin suuntaan uudistus toteutuessaan tulee suomalaista mielenterveyspolitiikkaa viemään, ja millainen rooli taloudellisilla kysymyksillä siinä tulee olemaan. Tämä on toki asia, jonka lopulta tulee näyttämään vain tulevaisuus. Tämä tutkimus käsittelee suomalaista mielenterveyspolitiikkaa erityisesti taloudellisesta näkökulmasta. Kuten tutkimukset useimmiten, myös käsillä oleva työ kohdistuu kuitenkin menneeseen aikaan ja taloudellisten näkökulmien esiintymiseen 2000-luvun alkuvuosien mielenterveyspoliittisissa asiakirjoissa. Seuraavaksi pureudun terveystaloustieteellisiin käsitteisiin, joita tutkimuksessa tulen hyödyntämään.

### 3 MIELENTERVEYS JA TALOUDEN TASOT

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen teoreettisen ja käsitteellisen viitekehyksen, jota tulen hyödyntämään tutkimuksen analyysiosiossa. Koska tutkimuksen keskeisenä aiheena on mielenterveys, esittelen aluksi muutamia terveyden ja mielenterveyden määritelmiä tutkimusaihetta koskevan yleiskäsityksen saavuttamiseksi.

Maailman terveysjärjestö WHO:n paljon käytetyn määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys ei siis ole ainoastaan oireettomuutta. (WHO 2014, 1.) WHO:n määritelmää on kritisoitu siitä syystä, että kuvatus tyyppinen tila on nähty mahdottomaksi saavuttaa. Terveys on myös nähty dynaamisempänä, koko ajan muuttavana tilana, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. (Huttunen, J. 2015.) Terveyttä voidaan siis tarkastella paitsi objektiivisesti mitattavana ominaisuutena, myös yksilön subjektiiviseen kokemukseen pohjautuvana käsityksenä terveydestä.

WHO:n mukaan mielenterveys sisältyy yllä esiteltyyn WHO:n terveyden määritelmään. Mielenterveyden WHO puolestaan määrittelee hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. (WHO 2007, 1.) Mielenterveys on myös nähty psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota kaiken aikaa sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme (Lönnqvist & Lehtonen 2011, 22). Mielenterveyteen on nähty sisältyvän sekä ”positiivinen mielenterveys” että erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. Positiiviseen mielenterveyteen on nähty kuuluvan hyvä itsetunto, kokemus hyvinvoinnista ja kyky vaikuttaa omaan elämäänsä, sekä työ- ja toimintakykyisyys, ihmissuhteiden ylläpito ja vaikeuksien kohtaamiseen liittyvä henkinen kestävyys. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 8.)

WHO on määritellyt mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt kliinisesti merkittäviksi tiloiksi, joita luonnehtivat muutokset ajattelussa, mielialoissa (tunteissa) tai käyttäytymisessä ja jotka esiintyvät yhdessä henkilökohtaisen ahdistuksen ja/tai heikentyneen toimintakyvyn kanssa (WHO 2001, 21). Mielenterveyden ongelmat voivat ilmetä monin tavoin. Kaikille yhteistä oiretta ei ole, ja raja mielen terveyden ja sairauden välillä on liukuva. Ominaisista niille ovat kuitenkin tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöt. Mielenter-

veyden häiriöiden luokittelu on sopimuksenvaraista, ja tästä johtuen se voi muuttua tutkimustiedon karttumisen myötä. Mielenterveyden häiriöiden ja mielenterveysongelmien käsitteitä on käytetty jokseenkin toisilleen rinnakkaisina. (Huttunen, M.O. 2015.)

Lönnqvist ja Lehtonen (2011, 25) näkevät terveyden eettisesti painottuneena käsitteenä, ja terveyteen liittyvät arvostukset vaihtelevina. Terveyden arvon suhde muihin arvokaina pidettäviin asioihin ei ole yksiselitteinen vaan voi herättää ristiriitaisuuksia, ja mielen-terveys jää siten usein somaattisen terveyden varjoon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. (Lönnqvist ja Lehtonen 2011, 25.)

Myös terveysongelmista johtuvia kustannuksia voidaan yrittää käsitteellistää eri tavoin. Kenties perinteisin ja tyypillisin tapa lienee niin kutsuttu *Cost-of-illness*-tutkimusperinne. *Cost-of-illness* (COI) on terveysongelmien aiheuttaman taloudellisen taakan tarkasteluun keskittynyt tutkimussuuntaus, jossa kustannukset jaetaan terveydenhuolto- ja muiden resurssien käyttöön viittaaviin suoriin kustannuksiin (*direct/tangible costs*), tuottavuuden heikentymiseen viittaaviin epäsuoriin kustannuksiin (*indirect costs*) ja/tai elämän laatuun ja pituuteen viittaaviin aineettomiin kustannuksiin (*intangible costs*). Käsitteelliset jaottelut ovat vaihtelevia, ja varsinkin epäsuorien kustannusten käsitteestä on nykyisin luovuttu. (Larg & Moss 2011, 653–654.)

Esimerkiksi Kiiskinen, Teperi, Häkkinen ja Aromaa (2005, 422) ovat sairauksista ja terveysongelmista aiheutuvia kustannuksia käsittelevässä artikkelissaan määritelleet tietyn sairauden suorat kustannukset tuon sairauden takia käytettyjen palveluiden tuottamisesta aiheutuviksi kustannuksiksi. Heidän mukaansa suorat kustannukset voidaan jakaa vielä terveydenhuollon kustannuksiin sekä terveystalouden ulkopuolisiin kustannuksiin (mm. sosiaalipalvelut, matkakustannukset jne.). Epäsuorilla kustannuksilla he tarkoittavat sairauden aiheuttamien työpanosmenetysten laskennallista arvoa. Kustannuksilla he taas viittaavat palvelun tai tuotteen tuottamiseksi käytettyjen voimavarojen rahalliseen arvoon, jota yleisesti markkinoilla perityn hinnan katsotaan heijastavan. (Kiiskinen ym. 2005, 422; 428.)

### **3.1 Talousteoria ja kustannuskäsitteet**

Tutkimuksen teoreettinen runko koostuu kahdesta taloustieteellisestä teoreettisesta viitekehystä, joita olen yhdistänyt soveltaen. Ensimmäinen näistä on taloustieteessä perinteinen tapa hahmottaa taloudellisia ilmiöitä jakamalla ne mikro- ja makrotaloudelliseen tasoon. Mikro- ja makrotaloustiede muodostavat taloustieteelle yhtenäisen teoreettisen rungon, josta vallitsee vahva yksimielisyys. (Pohjola 2012, 11.)

Pohjolan (2012, 11) mukaan ”pohjimmiltaan talous perustuu yksittäisten kotitalouksien ja yritysten tekemiin päätöksiin ja toimintaan markkinoilla”, ja näiden asioiden tutkimista kutsutaan mikrotaloustieteeksi. Mikrotalous viittaa siis talouden yksittäisiin taloudenpitäjiin, jolloin kyse on yrityksistä ja kotitalouksista, niiden välisistä yhteyksistä sekä voimavarojen kohdentumisesta ja tulon jakaantumisesta näiden toimijoiden välillä. (Pohjola 2012, 290.) Makrotaloustiede puolestaan tarkastelee niin sanottuja kokonaistaloudellisia kysymyksiä. Makrotaloustieteen tehtävänä on ”talouden kokonaissuureiden, kuten talouskasvun, työllisyyden, työttömyysasteen, kansantuotteen ja hintatason” tutkiminen. (Pohjola 2012, 9; 289.) Makrotalous siis viittaa talouden ilmiöihin yksittäistä toimijaa tai toimijajoukkoa laajempina kokonaisuutena.

Toinen sovellettava teoreettinen viitekehys on hieman COI-tutkimuksesta poikkeava, mutta siihen vahvasti pohjautuva Suhrcken ja kumppaneiden (2012, 61–62) hahmotelma käsitteistä, jotka kuvaavat terveysongelmista johtuvia taloudellisia kustannuksia. Suhrcken ja kumppaneiden mukaan terveysongelmien aiheuttamia taloudellisia vaikutuksia tai kustannuksia koskevaa julkista keskustelua vaivaa huomattava epäselvyys siitä, mitä käsitteillä tarkoitetaan. He ovat pyrkineet tarkentamaan kuvaa jakamalla terveysongelmista aiheutuviin kustannuksiin viittaavat käsitteet niiden perspektiivin sekä tutkimustiedon perusteella kolmeen toisiinsa sisältyvään tasoon. Seuraavaksi esittelen nämä käsitteet. Suhrcken ja kumppaneiden käyttämät alkuperäiset käsitteet on käännetty suomen kielelle Kaarina Reinin (2016, 20) mukaan.

Kaikista suppein käsite on *suorat terveydenhuollon kustannukset (health care costs)*, joka muistuttaa pitkälti COI-tutkimuksen suorien kustannuksien käsitettä. Tämä käsite sisältää terveydenhuoltojärjestelmälle ihmisten heikosta terveydestä aiheutuvat kustannukset. Suhrcken ja kumppaneiden mukaan päättäjät ovat usein varsin tietoisia näistä kustannuksista ja pyrkivät selvittämään, voiko terveyteen investoimalla hillitä kustannuksia tulevaisuudessa. Eräs mahdollinen näkökulma näiden kustannusten hillintään onkin väestön terveyden edistäminen: terveemmät ihmiset tarvitsevat vähemmän terveydenhuoltoa, jolloin myös terveydenhuollon kustannukset vähenevät. Tutkimustietoon nojautuen Suhrcke ja kumppanit kuitenkin suhtautuvat tähän näkökulmaan varauksella. He toteavat terveydenhuoltokustannusten kehityksen olevan riippuvainen monesta muustakin tekijästä, eikä yksiselitteistä vastausta kysymykseen siten voida antaa. (Suhrcke ym. 2012, 62; 84–89.)

Vaikka taloustiede jakaa talouden käsitteellisesti mikro- ja makrotaloustieteeseen, Suhrcke ja kumppanit puhuvat terveysongelmien aiheuttamista *mikro- ja makrotaloudelli-*

*sista kustannuksista (micro- and macroeconomic costs)* yhtenä kokonaisuutena, joka jakautuu kahteen kategoriaan. Mikrotaloudelliset kustannukset käsittävät yksittäisille toimijoille kuten yksilölle tai kotitaloudelle terveysongelmien seurauksena aiheutuvat kustannukset, kun taas makrotaloudelliset kustannukset viittaavat kansantalouden tasolla ilmeneviin kustannuksiin. Yleisesti ottaen mikrotaloudellisista kustannuksista on laajempi yksimielisyys kuin makrotaloudellisista. Päättäjien näkökulmasta erityisesti makrotaloudelliset seuraukset ovat tärkeitä, sillä niiden ymmärtäminen voi kannustaa tekemään terveyteen kohdistuvia investointeja. (Suhrcke ym. 2012, 62; 66–67.)

Mikrotaloudellisesta näkökulmasta Suhrcken ja kumppaneiden tarkastelema tutkimustieto osoittaa heikon terveyden olevan yhteydessä matalampiin ansioihin sekä vähentävän työhön osallistumista ja siten myös työvoiman tarjontaa, joskaan tutkimustulokset eivät olleet yksiselitteisiä (Suhrcke ym. 2012, 69; 72). Tätäkin sekalaisempia olivat makrotaloudellista näkökulmaa tarkastelevat tutkimustulokset. Esimerkiksi jotkut tutkimukset ovat osoittaneet terveydentilan olleen joissakin maissa jopa koulutusta merkittävämpi talouskasvun ennustin. Myös OECD-maissa terveysmenojen ja talouskasvun väliltä on löydetty positiivinen yhteys. Toisaalta terveyden ja talouden yhteyttä tarkastelevien tutkimusten mittaustapoja ja laatua on kyseenalaistettu, ja paremman terveyden on esimerkiksi nähty johtavan väestönkasvun seurauksena heikompaan tehokkuuteen ja pienempään asukasta kohti mitattuun bruttokansantuotteeseen. Yleisien makrotaloudellista lähestymistapaa koskevien huomautusten ohella Suhrcke ja kumppanit toteavat negatiivisten tulosten yhteydessä kuitenkin, että ne voivat olla teennäisiä ja johtua institutionaalisista tekijöistä. (Suhrcke ym. 2012, 79; 81–82.)

Mikro- ja makrotaloudellisten kustannusten käsitteet ovat hyvin lähellä COI-tutkimuksen epäsuorien kustannusten käsitettä. Epäsuorien kustannusten käsitteellä on viitattu tuotavuuden heikentymiseen tai työpanosmenetysten laskennalliseen arvoon (Kiiskinen ym. 2005, 428; Larg & Moss 2011, 653–654). Käsitteiden välinen raja on jokseenkin häilyvä ja määritelmästä riippuvainen, ja esimerkiksi epäsuorien kustannuksen voidaan ajatella ilmenevän sekä mikro- että makrotaloudellisella tasolla. Edelleen voidaan ajatella, että epäsuoria kustannuksia on mahdollista jaotella sen mukaan, ovatko ne mikro- vai makrotaloudellisia.

Laajin Suhrcken ja kumppaneiden käyttämä käsite on *yhteiskunnan hyvinvointikustannukset (social welfare costs)*, joka viittaa yksilöiden terveydelle asettamaan arvoon. Yhteiskunnallisen hyvinvoinnin (*social welfare*) käsitteen Suhrcke ja kumppanit katsovat sisältävän kaiken sen hyödyn, jonka ihmiset terveydestään saavat. Terveys on yleisesti arvostettu asia, jonka arvoa on vaikea mitata. Terveyden ja hyvinvoinnin taloudellisen mittaamisen

vaikkeudesta huolimatta taloudellisen toiminnan lopullinen päämäärä on yhteiskunnan hyvinvoinnin maksimointi, ja hyödykkeiden ja palvelujen tuottaminen ovat ainoastaan keinoja tähän. Koska terveydelle ei voi hyödykkeiden tapaan määritellä täsmällistä BKT-osuutta tai markkinahintaa, ei voida yksiselitteisesti määritellä kuinka suuren arvon ihmiset antavat terveydelle. Vaikka yhteiskunnan hyvinvointikustannusten käsitteen määrittely on hankalaa ja siinä on paljon ristiriitaisuuksia, on käsite silti laajalti hyväksytty taloustieteilijöiden keskuudessa. (Suhrcke ym. 2012, 62–63.)

## 3.2 Talouden tasot

Kuten todettua, käytän edellä esiteltyjä käsitteellisiä viitekehyksiä tässä tutkimuksessa soveltaen. Suhrcken ja kumppaneiden (2012, 61) käsitteistö on rakennettu lähtökohtaisesti terveysongelmista aiheutuvien kustannusten tarkastelua ja jaottelua varten, joskin kirjoittajat nostavat esille myös hyvän terveyden tuomat taloudelliset hyödyt (Suhrcke ym. 2012, 61; 89). Sana ”kustannukset” (*costs*) esiintyy silti osana jokaista esiteltyä käsitettä. Mikro- ja makrotaloudellisten kustannusten käsitteen tapauksessa Suhrcke ja kumppanit käyttävät kuitenkin kustannusten käsitteen rinnalla myös taloudellisten vaikutusten tai seurausten (*impacts/consequences*) käsitteitä (Suhrcke ym. 2012, 67) ja toisaalta kuten edellä mainittiin, he nostavat esille myös hyvän terveyden tuomat taloudelliset hyödyt ikään kuin peilikuvana kustannuksille (Suhrcke ym. 2012, 61; 89). Tässä mielessä Suhrcke ja kumppanitkin tuntuivat näkevän kustannus- ja hyötynäkökulmat jollakin tapaa saman asian kahtena puolena.

Kustannusnäkökulma keskittyy siis terveysongelmien ja sairauksien aiheuttamien negatiivisten taloudellisten vaikutusten tarkasteluun. Tässä tutkimuksessa on haluttu kuitenkin jättää tilaa myös ns. positiivisen mielenterveyden näkökulmalle (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 8). Toisin sanoen jätetään auki mahdollisuus nähdä mielenterveys toimintakykyisyytenä, joka voi tuottaa myös taloudellista hyötyä. Toisaalta myös erilaisten taloudellisten muutosten voidaan nähdä vaikuttavan ihmisten mielenterveyteen sekä sitä kohentavasti että heikentävästi. Tässä tutkimuksessa mielenterveyden häiriöistä ja sairauksista ja toisaalta positiivisesta mielenterveydestä aiheutuvia taloudellisia seurauksia tarkastellaan sen mukaan, mille talouden tasolle kustannukset sijoittuvat. Näin ollen olen päätenyt tarkastelemaan tutkimusaineistoa seuraavien toisilleen sisäkkäisten talouden tasojen kautta:



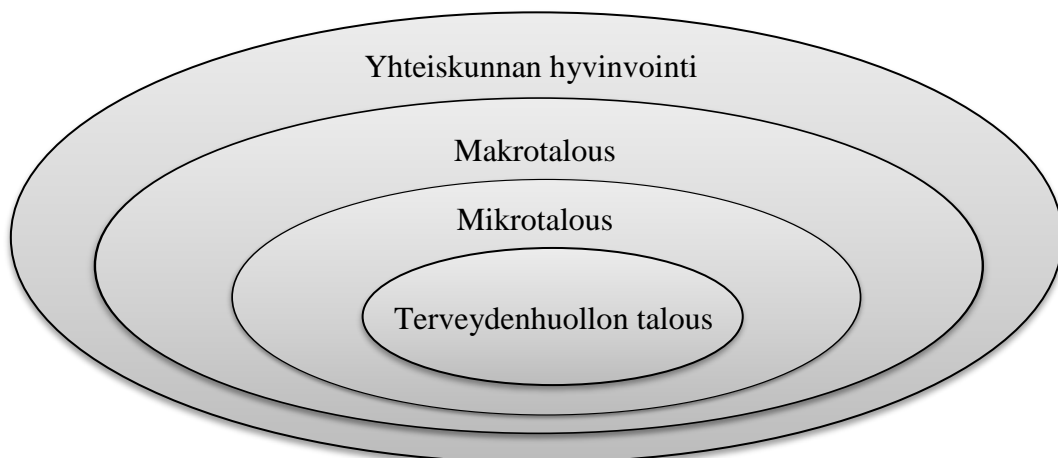
*Terveydenhuollon talous.* Terveydenhuollon taloudella tarkoitan suomalaisen julkisen terveyspalvelujärjestelmän taloutta. Julkinen terveyspalvelujärjestelmä jakautuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon.

*Mikrotalous.* Mikrotaloudella tarkoitan yksittäisiä taloudenpitäjiä, kuten yritykset ja kotitaloudet, niiden välisiä yhteyksiä sekä voimavarojen kohdentumista ja tulon jakaantumista näiden toimijoiden välillä.

*Makrotalous.* Makrotaloudella tarkoitan yksittäisiä toimijoita tai toimijajoukkoa laajempaa kokonaistaloudellista näkökulmaa sekä taloutta koskevia kokonaissuureita, kuten talouskasvua ja suhdannevaihteluita, työllisyyttä, kansantuotetta ja hintakehitystä.

*Yhteiskunnan hyvinvointi.* Yhteiskunnan hyvinvoinnilla tarkoitan kaikkea mielenterveydelle asetettua arvoa sekä aineetonta hyötyä, jonka ihmiset omasta terveydestään saavat.

Esitelty Suhrcken ja kumppaneiden viitekehys käsittelee terveyttä yleisellä tasolla, ja tässä tutkimuksessa keskityn nimenomaan mielenterveyteen. Näin ollen sovellan viitekehystä rajaamalla sen koskemaan ainoastaan tutkimusaineistossani esiintyvää mielenterveyttä käsittelevää materiaalia. Suhrcken ja kumppaneiden tapaan myös tässä tutkimuksessa käsitteiden katsotaan olevan toisilleen sisäkkäisiä, ja suppeamman käsitteen katsotaan sisältyvän aina laajempaan (kuvio 1). Suhrcke ja kumppanit puhuvat mikro- ja makrotaloudellisista kustannuksista yhtenä kokonaisuutena, mutta tässä tutkimuksessa ne on erotettu perinteisen taloustieteellisen käsityksen mukaisesti erillisiksi taloudellisiksi tasoiksi (Pohjola 2012, 11).



Kuvio 1. Talouden tasot. Mukailten: Suhrcke ym. 2012, 62.

## 4 MIELENTERVEYDEN JA TALOUDEN SUHDE

Tässä luvussa tarkastelen mielenterveyden ja talouden välistä rajapintaa käsittelevää kansainvälistä ja kotimaista tutkimusta. Aluksi esittelen lyhyesti suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmän peruseriaatteet ja käyn läpi mielenterveyspalvelujärjestelmän taloutta koskevaa tutkimusta ja tilastotietoa viime vuosilta. Jatkan esittelemällä mielenterveyden ja talouden suhdetta mikro- ja makrotaloudellisilla tasoilla, ja lopuksi käsittelen mielenterveydelle asetettua arvoa.

### 4.1 Mielenterveyspalveluiden talous

Mielenterveyspalvelut koostuvat Suomessa julkisista ja yksityisistä sekä kolmannen sektorin tarjoamista palveluista, joita vapaaehtoistyö täydentää monin tavoin. Julkinen mielenterveyspalvelujärjestelmä jakautuu perusterveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin. Mielenterveysongelmia epäiltäessä perusterveydenhuolto vastaa potilaan ensivaiheen tutkimuksista sekä hoidon aloittamisesta. Perusterveydenhuollon palveluita tarjoavat psykiatrian poliklinikat, mielenterveystoimistot, päiväsairaalat ja psykiatrinen kotisairaanhoido. Erikoissairaanhoidon osalta palveluista vastaavat eri tulosalueisiin jakautuvat sairaanhoitopiirit, jotka ylläpitävät psykiatrisia sairaaloita ja avopalveluita. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 56–58.)

Lain mukaan mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Alueatasolla näistä tehtävistä vastaavat aluehallintovirastot. Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat, ja palvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä palveluntarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina. (Mielenterveyslaki 1116/1990).

Suomessa mielenterveyden häiriöiden hoidon kustannusten on arvioitu olevan noin 5 % kaikista terveydenhuollon menoista (Reini 2016, 42). Vuonna 1995 mielenterveyden häiriöiden suorat hoitokustannukset olivat n. 692,1 miljoonaa euroa, vastaten 13 %:n osuutta kaikista suorista hoitokustannuksista ja ollen samalla toiseksi suurin kustannuserä kaikista sairauspääryhmistä. Mielenterveyden häiriöt olivat merkittävin vuodeosastohoidon kustannuserä 20 %:n osuudella kaikista vuodeosastohoidon kustannuksista. Avohoidon lääkärikäyntien osalta mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat kustannukset vastasivat kuitenkin vain

kolmen prosentin osuutta kaikkien lääkärikäyntien kustannuksista. (Kiiskinen ym. 2005, 423–428.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatima tilasto *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014* (Matveinen & Knape 2016) esittelee terveydenhuollon menoja koskevia tilastoja. Sen mukaan Suomen terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2014 19,5 miljardia euroa, mikä tarkoittaa 9,5 %:n osuutta bruttokansantuotteesta. Erikoissairaanhoidon käsitti 6,8 miljardia euroa ja perusterveydenhuolto 3,8 miljardia euroa, niiden muodostaessa yhdessä hieman yli puolet kokonaismenoista. (Matveinen & Knape 2016, 1.)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot vuonna 2014 olivat 745,7 miljoonaa euroa, kun vastaava summa oli 711,6 miljoonaa vuonna 2010 ja 517,1 miljoonaa euroa vuonna 2000. Suurin osa psykiatrisen erikoissairaanhoidon menoista vuonna 2014 koostui vuodeosastohoidosta (376,2 milj. €), josta puolestaan valtaosa (312,3 milj. €) lyhytaikaisesta, alle 180 vuorokauden mittaisesta vuodeosastohoidosta. Huomattavaa on, että vuodeosastomenojen suhteellinen osuus koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon menoista on laskenut 2000-luvun alkuvuosista, ja toisaalta avo- ja päiväosastohoidon osuus on kasvanut. (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 1.) Psykiatrisen hoidon menojen suhteellinen osuus koko erikoissairaanhoidomenoista on laskenut myös ollen 3,8 % vuonna 2014 (4,3 % vuonna 2010 ja 5,5 % vuonna 2000) (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 3).

Perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon menot vuonna 2014 olivat 105,5 miljoonaa euroa, vastaavan summan ollessa 84,4 miljoonaa euroa vuonna 2010 ja 38,6 miljoonaa euroa vuonna 2000 (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 1). Mielenterveyshoidon osuus koko perusterveydenhuollon menoista on pysynyt kohtalaisen vakaana, mutta perusterveydenhuollon menojen osuus kaikista terveydenhuoltomenoista on laskenut 2,5 prosenttiyksikköä vuoden 2000 tasolta (16,2 % v. 2014) (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 3).

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menojen rahoituksesta valtaosa oli julkista. Julkisen sektorin rahoitus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuonna 2014 oli 717,8 miljoonaa euroa ja yksityisen 27,9 miljoonaa euroa. Valtaosa yksityisestä rahoituksesta tuli kotitalouksilta. Perusterveydenhuollon osalta julkinen sektori rahoitti mielenterveyshoitomenoja samana vuonna 105,5 miljoonalla eurolla, mikä vastasi 0,7 %:n osuutta koko perusterveydenhuoltomenoista. (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 7a).

## 4.2 Tulot, työhön osallistuminen ja julkistalous

Seuraavaksi tarkastelen mielenterveyden ja sen häiriöiden taloudellisten vaikutusten mikro- ja makroulottuvuutta koskevaa tutkimuskirjallisuutta. Mikro- ja makrotasot ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa, sillä esimerkiksi työmarkkinoille osallistumisella on taloudellisia vaikutuksia sekä kotitalouden kuin myös kansantalouden tasoilla, ja tästä syystä ilmiöiden erottaminen toisistaan on haastavaa. Kuten luvussa 3 todettiin, mikro- ja makrotaloudellisten kustannusten käsitteet ovat hyvin lähellä COI-tutkimuksen epäsuorien kustannusten käsitettä. Tästä syystä lienee paikallaan kiinnittää huomiota muutamiin näkökulmaa koskeviin huomautuksiin.

Kiiskinen ja kumppanit (2005, 428) määrittelevät sairauksien epäsuorien kustannuksien tarkoittavan sairauksien aiheuttamien työpanosmenetysten laskennallista arvoa. Heidän näkökulmansa perustuu inhimillisen pääoman teorialle, mutta he suhtautuvat näkökulmaan varauksella ja käyvät läpi inhimillisen pääoman teoriaan kohdistetun kriittisen keskustelun pääpiirteet. Esimerkiksi työpanosmenetyksiin perustuvaa näkökulmaa on arvosteltu kapealaiseksi, sillä sen käsitys yhteiskunnalle aiheutuvasta hyvinvoinnin menetyksestä rajoittuu vain yksilöiden tuotannollisen kyvykkyyden tarkasteluun. Se ei siis ota huomioon aineettomien hyvinvoinnin menetyksien arvoa. Toisaalta jatkuvan työttömyyden olosuhteissa näkökulman on katsottu arvioivan menetykset liian suuriksi, sillä yksilön työpanoksen menetys on helposti korvattavissa suuren työvoimareservin ansiosta. (Kiiskinen ym. 2005, 428.)

Kiiskinen ja kumppanit jatkavat toteamalla, että epäsuorien kustannusten suuruusluokkaan täytyy suhtautua varauksella. Tietopohjan puutteellisuuden vuoksi epäsuorien kustannusten arviointiin liittyy paljon oletuksia, joten tarkastelun tuloksia täytyy tulkita varovasti, eikä suorien ja epäsuorien kustannusten määriä pidä suoraan verrata toisiinsa. Esitettyjä kustannuksia voi pitää vain suuntaa antavina. Lisäksi sairastavuuden muutokset eivät välttämättä muuta niistä aiheutuvia kustannuksia samassa suhteessa. (Kiiskinen ym. 2005, 421; 428.) Nämä kriittiset huomautukset on hyvä ottaa huomioon myös mikro- ja makrotaloudellisia kustannuksia tai vaikutuksia tarkasteltaessa.

Kansainvälisessä tutkimuksessa köyhyyden ja tuloerojen on laajasti nähty johtavan yksilöiden heikompaan mielenterveyteen (esim. Lund ym. 2010; Burns 2015) ja vastaavasti korkeampien tulojen suojaavan mielenterveyttä. Korkeamman koulutustason sekä tulotason on havaittu vähentävän esimerkiksi työttömyyden negatiivisia vaikutuksia mielenterveydelle. (Stankunas, Kalediene, Starkuviene & Kapustinskiene 2006, 174.) On myös viitteitä

siitä, että ylipäättään taloudellinen turvallisuus ja sosiaalinen tuki ovat sellaisenaan työsuhdetta merkittävämpiä psykologisen hyvinvoinnin tuottajia. (Winefield, Tiggemann & Winefield 1990, 45.)

Terveyden ja tulojen käänteisestä suhteesta – eli siitä kuinka terveys vaikuttaa yksilön tuloihin – on kuitenkin tehty tutkimusta verrattain vähän (esim. Contoyannis & Rice 2001, 600; Suhrcke ym. 2012, 73). Useimmat aiheesta tehdyt tutkimukset osoittavat, että heikko terveys vaikuttaa yksilön tuloihin vähentävästi. Tutkimusten määritelmälliset ja metodologiset erot kuitenkin antavat hyvin eriävää tietoa ilmiön mittasuhteista. (Suhrcke ym. 2012, 69.) Mainitun kaltaisen tutkimuksen vähäisen määrän on arveltu johtuvan siitä, että eurooppalaisilla työmarkkinoilla palkkataso on useimmiten heikosti sidoksissa yksilön tuottavuuteen. Sen sijaan terveyden vaikutuksia työvoiman tarjontaan on tutkittu enemmän. (Suhrcke ym. 2012, 73.)

Contoyannis ja Rice (2001) tarkastelivat brittiläistutkimuksessaan pitkäikäisaineistolla itsearvioidun yleisen sekä psyykkisen terveyden vaikutusta tuntipalkkoihin. Heidän tutkimuksensa osoitti, että erityisesti miehillä heikko psyykinen terveys johti heikompaan tuntipalkkaan (Contoyannis & Rice 2001, 619; 621). Ricketts, Rezek ja Campbell (2013) puolestaan ovat tarkastelleet Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessaan terveydentilan yhteyksiä yksilön säästämiskäyttäytymiseen. He havaitsivat, että niin fyysinen kuin psyykinen terveys olivat positiivisesti yhteydessä säästämishalukkuuteen. Diagnosoidut terveysongelmat sekä masennus olivat yhteydessä matalampaan säästämishalukkuuteen. Heikompi mielenterveys vähensi säästämishalukkuutta erityisesti naisilla. Niin ollen paremman terveyden omaavat yksilöt näyttivät olevan halukkaampia säästämään, joten Ricketts ja kumppanit toteavatkin, että terveyden edistämiseen tähtäävällä politiikalla on tässä suhteessa merkittäviä vaikutuksia. (Ricketts ym. 2013, 479.)

Tutkimuksen perusteella mielenterveydellä näyttää siis olevan jonkinlainen yhteys yksilön taloudelliseen tilanteeseen. Yksilöiden mielenterveydellä voi kuitenkin olla yhteyksiä talouteen myös laajemmin muun muassa työmarkkinoille osallistumisen ja työkyvyttömyyden seurauksena.

Frijters, Johnston ja Shields (2010) tarkastelivat australialaistutkimuksessaan mielenterveyden vaikutusta yksilön työmarkkinoille osallistumiseen. Tutkimus osoitti heikon mielenterveyden vähentävän merkittävästi todennäköisyyttä aktiiviseen työmarkkinoille osallistumiseen: yhden tutkimuksellisen mittayksikön lasku mielenterveys-muuttujassa johti 17

prosenttiyksikön suuruiseen pudotukseen työmarkkinoille osallistumisen todennäköisyydessä. Vaikutus oli naisilla vahvempi kuin miehillä sekä vanhemmissa ikäluokissa vahvempi kuin nuoremmissa. (Frijters, Johnston & Shields 2010, 16–17.)

Työmarkkinoille osallistumista ovat tutkineet myös Lund, Hansen, Andresen ja Labriola (2015). Tanskalaistutkimuksessaan he tarkastelivat lapsuuden aikaisen mielenterveyden vaikutusta varhaisen aikuisiän työmarkkinoille osallistumiseen. He havaitsivat, että vaikka tyttöjen mielenterveys oli poikia heikompi, vain pojilla heikko mielenterveys vaikutti merkittävästi työmarkkinoille osallistumiseen; heikoimman mielenterveyden omaavalla poikien neljänneksellä oli 70 prosentin lisäriski matalaan työmarkkinaosallisuuteen seitsemän vuoden tarkastelujakson jälkeen. (Lund ym. 2015, 53–54.)

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on keskeinen syy poistua työelämästä ennenaikaisesti (Laaksonen, Rantala, Järnefelt & Kannisto 2016). Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista johtuvan potentiaalisen työpanoksen menetyksen on vuonna 2012 laskettu olevan kahdeksan miljardia euroa (Rissanen & Kaseva 2014, 8). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien (34 % v. 2009) rinnalla yleisin työeläkejärjestelmän kautta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen peruste ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (30 % v. 2009). Yli puolessa mielenterveyden häiriöiden perusteella alkavista eläkkeistä masennus on tärkein työkyvyn heikkenemisen syynä oleva sairaus. (Pensola, Gould & Polvinen 2010, 15; 44.)

Laaksonen ja kumppanit (2016) ovat tarkastelleet työkyvyttömyyseläkkeellä vietettyä aikaa vuosina 2005–2014. Tarkastelujakson aikana 25-vuotiaiden suomalaisten laskennallinen työkyvyttömyyseläkkeellä vietetyn ajan odote laski 2,25 vuodesta 1,88 vuoteen. Kuitenkin entistä suurempi osuus työkyvyttömyyseläkkeellä vietetystä ajasta johtui mielenterveyden ongelmien perusteella myönnettyistä eläkkeistä, joten mielenterveysongelmien merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajana on korostunut 2010-luvulle tultaessa. Erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä mielenterveyssyistä myönnettyjen eläkkeiden alkavuus on jopa lisääntynyt. (Laaksonen ym. 2016, 3–4; 80.)

Vuonna 1995 mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyistä uusista eläkkeistä on laskettu aiheutuneen noin 466 miljoonan markan kustannukset. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen eläkkeiden ja sairauspäivärahojen yhteenlaskettujen kustannusten on arvioitu 1990-luvun loppupuolella olleen vuositasolla noin 928 miljoonaa markkaa. Luomahaara, Vuorinen ja Naarala toteavat, että jos näitä kustannuksia pystyttäisiin alentamaan vuositasolla esimerkiksi 20 prosenttia, näin syntyvillä säästöillä voitaisiin rahoittaa huomattava osa mielenterveystyön lisärahoitustarpeesta. (Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000, 12).

Vuonna 1995 menetettiin sairauksien takia kokonaisuudessaan lähes puoli miljoonaa potentiaalista henkilötyövuotta, kun siihen laskettiin sairauspoissaolot, työkyvyttömyyseläkkeet sekä ennenaikaiset kuolemat. Mielenterveyden häiriöistä johtuvia menetyksiä näistä oli 22 % – niiden ollen siten jaetulla ensimmäisellä sijalla tuki- ja liikuntaelinten sairauksien kanssa. Valtaosa työvuosimenetyksistä johtui pysyvästä työkyvyttömyydestä, josta puolestaan suurin osa (33 %) oli seurausta mielenterveyden häiriöistä. Pysyvästä työkyvyttömyydestä aiheutui laskennallisesti yhteiskunnalle vuonna 1995 epäsuorina kustannuksina noin 5,6 miljardin euron menetykset, joista mielenterveyden häiriöiden osuus oli siten yli 1,8 miljardia. Tuotannollisesta näkökulmasta mielenterveyden ongelmat aiheuttivat laskennallisesti kaikista sairauspääryhmistä suurimmat menetykset (n. 2,5 mrd. €) 26 %:n osuudella kaikista menetyksistä. (Kiiskinen ym. 2005, 429–431.)

Terveysongelmien taloudellisiin vaikutuksiin liittyen keskustelua on käyty myös julkisen talouden ja terveyden välisistä suhteista. Fritzellin ja Lundbergin (2005, 181) mukaan terveydenhuollossa tulojen ja terveyden suhteen esiintyy vähenevä rajahyöty sekä yksilön että kansakunnan tasolla. Tulojen terveyttä lisäävä vaikutus siis vähenee tulojen kasvaessa riittävän suuriksi sekä yksittäisellä ihmisellä että koko kansantaloudessa.

Terveydenhuollon panoksilla onkin nähty vallitsevan väestötasolla vähenevä rajahyöty: ”– terveydenhuollon tuloksellisuus paranee kustannuksia lisäämällä kohtalaisen lineaarisesti rahasummaan noin 300 €/henkilö/vuosi. Suomi on ohittanut tämän rajan kolminkertaisesti. Tämän jälkeen puhutaan nolla-rajahyödyn terveydenhuollosta: suuretkin lisäpanostukset tuottavat kansalaisille väestötasolla vain niukasti lisää terveyttä. Yksilötasolla ja rajatuissa ongelmaryhmissä hyöty voi tuki lisääntyä.” (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004, 20.)

Resurssiniukkuus on nähty hyvinvointivaltion kontraproduktiivisena lopputuloksena: mitä enemmän palveluita on tarjolla, sitä enemmän on myös niiden käyttäjiä. Hyvinvointipalvelujen kysynnän kasvun voi kuitenkin nähdä myös niin sanottuna aitona kysyntänä, jolloin ilmiön nähdään olevan seurausta ”aidosta” riskien kasvusta, demokratian välittämistä sosiaalisista vaatimuksista sekä eettisen herkkyyden lisääntymisestä erilaisten ryhmien tarpeita kohtaan. (Julkunen 2006, 73.)

Raija Julkusen (2006, 75) mukaan julkisen terveydenhoidon heikkenevää rajahyötyä koskevista kokemuksista voidaan tehdä kahdenlaisia johtopäätöksiä. Ensinnäkin ”[t]aloudelliset, poliittiset ja asiantuntijaeliitit ovat taipuvia päättelemään, että hyvinvointikoneisto on pohjaton kaivo, jonne ei kannata ’syyttää’ lisää rahaa tai se pitää tehdä äärimmäisen har-

kitusti, vain silloin kun uusien panosten vaikuttavuus ja kustannustehokkuus voidaan osoittaa.” (Julkunen 2006, 75.) Toiseksi uudet resurssit tulisi suunnata sinne, ”missä niukkuus on suurinta ja pienetkin lisäpanokset tuntuvat”, sillä resurssien uudelleenjako heikoimpien hyväksi kasvattaa yhteiskunnan kokonaisyhyvointia (Julkunen 2006, 75).

Usean tutkimusyksikön (London School of Economics and Political Science, King’s College London Institute of Psychiatry sekä Centre for Mental Health) yhteistyönä toteuttamassa laajassa analyysissä (Knapp, McDaid & Parsonage 2011) on selvitetty viidentoista mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn tähtäävän intervention taloudellisia vaikutuksia. Yksityiskohtaisten taloustieteellisten mallinnusten lopputulmana analyysi osoittaa useita yleisiä johtopäätöksiä liittyen interventioiden talousvaikutuksiin. Ensinnäkin, vaikka taloustieteelliset mallit sisältävät useita oletuksia, monet interventiot näyttivät antavan niihin sijoitetulle rahalle erittäin hyvän tuoton. Useat interventiot olivat myös niin sanotusti itseään rahoittavia ja erittäin halpoja toteuttaa. Lisäksi monilla interventioilla oli laaja-alaiset vaikutukset myös muilla yhteiskunnan sektoreilla, ja interventioiden kustannukset korvautuivat kohtalaisen lyhyellä ajanjaksolla. Kaiken kaikkiaan interventioiden todettiin luovan erittäin merkittäviä taloudellisia hyötyjä, kuten säästöjä julkisiin menoihin. (Knapp, McDaid & Parsonage 2011, 43.)

Myös toinen huomiota saanut brittiläinen kokoomatutkimus (McDaid & Park 2011) on tarkastellut mielenterveyteen investoimisen taloudellisia vaikutuksia koskevaa tutkimuskirjallisuutta. Siinä todettiin interventioiden positiivisia taloudellisia vaikutuksia koskevan näytön olevan vahvinta vanhemmuuden tukemisen ja kotona tapahtuvan avustuksen interventioissa. Työpaikkojen osalta tehokkaimpien investointien todettiin liittyvän kokonaisvaltaisiin terveyden edistämiseen tähtääviin hankkeisiin sekä stressinhallintaprojekteihin. Vanhusten mielenterveyden kohdalla tehokkaimmiksi todettiin investoinnit ryhmätoimintaan sekä psykososiaalisiin interventioihin. (McDaid & Park 2011, i108.)

Eräs kotimainen esimerkki interventioiden kustannusvaikuttavuudesta on Kaarina Reinin (2016) selvitys, joka koski nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun taloudellista vaikuttavuutta. Talousvaikutusten arviointi perustui erilaisten skenaarioiden laskemiseen. Bruttokansantuotteeseen kohdistuvien vaikutusten suuruusluokka oli suoraan sidoksissa nuorten miesten työllistymisoletuksiin vaihdellen 6–40 miljoonan euron välillä. Työllisyysvaikutukset vaihtelivat 98 ja vajaan 700 henkilötyövuoden välillä. Reinin mukaan näin ollen Aikalisä-tukipalvelu tuotti kaikissa tapauksissa positiiviset taloudelliset vaikutukset, ja Aikalisä-tukipalvelua on siten kannattavaa toteuttaa suhteellisen pienilläkin



työllistymisolettamilla (3–4 %). Yhteiskunnalle tukipalvelun toteuttaminen osoittautui olevan saman hintaista kuin muukin julkinen toiminta. (Reini 2016, 42–43.)

### 4.3 Mielenterveydelle asetettu arvo

Luvun lopuksi tarkastelussa ovat terveyden arvon ja aineettoman hyödyn arviointiin sovelletut lähestymistavat ja tutkimustulokset. Perinteisillä taloudellisen toiminnan tai kasvun mittaamisen välineillä – kuten asukasta kohti lasketulla bruttokansantuotteella – on nähty olevan olennaisia rajoitteita. Koska ne perustuvat rahallisten transaktioiden mittaamiseen, ne jättävät tarkastelun ulkopuolelle kaikki sellaiset asiat, joille ei voida määrittää markkinahintaa. Sikäli kun taloudellisen toiminnan päämääränä on yhteiskunnallisen hyvinvoinnin maksimointi, markkinoilla tuotetut palvelut ja hyödykkeet ovat ainoastaan välineitä siihen ja edustavat yhteiskunnalle koituvia hyvinvointivaikutuksia vain vajavaisesti. Nimenomaan ihmisten hyvästä tai heikosta terveydestä johtuvat koko yhteiskunnan hyvinvointivaikutukset ovat kuitenkin hyvin vaikeasti kvantifioitavissa rahallisesti mitattavaan muotoon. (Suhrcke ym. 2012, 63.)

Eräs keino lähestyä ihmisten terveydelleen asettamaa arvoa on maksuhalukkuutta tarkasteleva willingness-to-pay –tutkimus (WTP). Se pyrkii selvittämään, kuinka paljon ihmiset ovat valmiita maksamaan terveytensä säilyttämisen tai palauttamisen puolesta. (Suhrcke ym. 2012, 63–64.) Esimerkiksi Unützer ja kumppanit (2003) ovat yhdysvaltalaisutkimuksessaan tarkastelleet perusterveydenhuoltoon hakeutuneiden masennuspotilaiden maksuhalukkuutta. Potilaat olivat valmiita maksamaan hoidostaan kuukausittain keskimäärin 270 Yhdysvaltain dollaria tai noin yhdeksän prosenttia kotitaloutensa kuukausituloista. Maksuhalukkuus oli vahvasti positiivisesti yhteydessä kotitalouden tuloihin sekä masennusoireiden vakavuuteen. Kuuden kuukauden seurantajakson aikana maksuhalukkuus laski yhtä mukaa oireiden vähentymisen kanssa. Unützerin ja kumppaneiden mukaan tulos on vertailtavissa muihin kroonista sairautta potevien maksuhalukkuudesta saatuihin tuloksiin, ja on karkeasti vertaillen samalla tasolla esimerkiksi astmasta ja psoriasiksesta kärsivien potilaiden maksuhalukkuuden kanssa. (Unützer ym. 2003, 340; 343.)

Morey, Thatcher ja Craighead (2007) ovat niin ikään tarkastelleet vakavasta masennushäiriöstä kärsivien maksuhalukkuutta. He havaitsivat yksilön maksuhalukkuuden olevan vahvasti sidoksissa tämän muihin ominaisuuksiin – kuten koulutustasoon ja tuloihin – vaihdellen kuitenkin 305 ja 1700 Yhdysvaltain dollarin välillä kuukaudessa. (Morey ym. 2007, 73.)

Smith, Damschroder, Kim ja Ubel (2012) ovat yhdysvaltalaisutkimuksessaan vertailleet ihmisten maksuhalukkuutta mielenterveydellisten ja yleisten sairauksien välillä. Tutkimushenkilöitä pyydettiin arvioimaan sekä mielen sairauksien (masennus ja skitsofrenia) että yleisten sairauksien (diabetes, amputaatio ja sokeus) elämään tuoman kuormituksen määrää, ja kysyttiin heidän halukkuuttaan maksaa välttääkseen sairastumisen kuhunkin sairauteen. Tutkimuksessa havaittiin, että tutkimushenkilöt arvioivat mielen sairaudet suhteellisesti yleisiä sairauksia kuormittavammiksi, ja he myös ajattelivat vakavien mielen sairauksien heikentävän elämänlaatua dramaattisesti. Tästä huolimatta summa, jonka he olisivat valmiita maksamaan mielen sairauden välttämiseksi, oli 40 % yleisiä sairauksia matalampi. (Smith ym. 2012, 319.)

O'Shea, Gannon ja Kennelly (2008) ovat tarkastelleet irlantilaisutkimuksessaan ihmisten näkemyksiä resurssien käyttämisestä mielenterveyspalveluihin. Kyselytutkimuksessa mielenterveyspalvelut asetettiin vertailtavaksi syöpähoidon ja vanhusten hoidon rinnalle. Vastaajista 18,6 % ilmoitti mielenterveyspalvelut kaikista tärkeimmäksi ja 41,7 % toiseksi tärkeimmäksi palveluksi. Vastaajat kuitenkin pitivät syöpähoitoa ja vanhusten hoitoa mielenterveyspalveluita tärkeämpinä, vaikkakin olivat valmiita merkittäviin verovaroin tehtäviin panostuksiin uusien yhteisöperustaisten mielenterveysongelmallisille suunnattujen palvelujen perustamiseksi. (O'Shea ym. 2008, 359; 363.)

Saman suuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Matschinger ja Angermeyer (2004) saksalaisutkimuksessaan, jossa he pyrkivät selvittämään julkisia mielipiteitä taloudellisten resurssien suuntaamisesta terveydenhoitoon. He havaitsivat, että muihin sairauksiin vertailtuna vastaajat olivat huomattavasti vähemmän halukkaita suuntaamaan taloudellisia resursseja psykiatristen häiriöiden hoitoon ja tekivät selkeän kahtiajaon näiden sairauksien välillä. Matschinger ja Angermeyer arvelevat tulosten johtuvan esimerkiksi mielenterveysongelmiin liittyvistä stereotyyppioista, käsityksistä sairastuneen omasta vastuusta tilanteensa heikentymiseen sekä käsityksistä mielenterveysongelmien vaikeasta hoidettavuudesta tai parantumattomuudesta. (Matschinger & Angermeyer 2004, 478; 481.)

Corrigan ja Watson (2003) puolestaan ovat tarkastelleet yhdysvaltalaisutkimuksessaan sosiaalipsykologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat poliittisten päättäjien päätöksiin resurssien jakamisesta mielenterveyspalveluissa. Heidän mukaansa päättäjän näkemykseen vaikuttavat hänen käsityksensä resurssien vähäisyydestä, (mielenterveyden edistämiseen tähtäävien) ohjelmien vaikuttavuudesta, ihmisten tarpeista sekä ihmisten henkilökohtaisen vastuun osuudesta ongelmiansa hoidossa. Ideologiset tekijät vaikuttivat myös päättäjien käsityksiin; konservatiivit olivat taipuvaisempia rankaisemaan omista ongelmistaan vastuussa

olevaksi näkemiään ihmisiä, kun taas liberaalit suhtautuivat välttelevästi vaikeisiin resurssiensuuntaamispäätöksiin. Lisäksi vaikutusta havaittiin olevan sillä, kuinka tarkasti päättäjät arvelivat kannattajiensa seuraavan päätöksentekoa. (Corrigan & Watson 2003, 501.)

Tässä luvussa olen tarkastellut mielenterveyden ja talouden suhteita käsittelevää tutkimuskirjallisuutta. Tarkastelun tuloksena selvisi, että vaikka mielenterveyshoidon osuus perusterveydenhuollon menoista on pysynyt melko vakaana, perusterveydenhuollossa tapahtuvan mielenterveyshoidon osuus kaikista terveydenhuoltomenoista on laskenut. Samoin on tehnyt psykiatrisen hoidon menojen suhteellinen osuus koko erikoissairaanhoidomenoista. Näyttää siis siltä, että 2000-luvulla mielenterveyspalveluihin ei ole suunnattu taloudellista lisäpanostusta.

Yksilön matalan tulotason puolestaan on katsottu altistavan häntä mielenterveyden häiriöille, mutta terveyden vaikutuksista yksilön tuloihin on sen sijaan tehty tutkimusta verrattain vähän. Mielenterveyden häiriöt ovat keskeinen ennenaikaisen eläköitymisen ja sairauksien syy, ja vaikuttavat siten työvoiman tarjontaan. Mielenterveyshoidon osalta julkistaloudellisen rajahyödyn tilaa ei nähtävästi ole Suomessa kattavasti selvitetty. Syytä tähän kenties olisi, sillä tutkimusnäyttöä mielenterveyteen kohdistuvien interventioiden kustannusvaikuttavuudesta on paljon.

Vaikka mielenterveyttä arvostetaan ja sitä pidetään merkittävästi elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä, ihmisten halukkuus suunnata taloudellisia resursseja mielenterveyden häiriöiden hoitoon on usein silti muita sairauksia matalampi. Mielenterveyden arvostuksen ja panostushalukkuuden välillä näyttää siis vallitsevan ihmisten mielissä ristiriita.

## **5 TUTKIMUSKYSYMYKSET, MENETELMÄT JA AINEISTO**

Tässä luvussa esittelen tutkimuskysymykseni, tutkimuksessa käytettävän tutkimusmenetelmän sekä tutkimusaineiston. Esittelen lyhyesti myös laadullista tutkimusta sekä tämän tutkimuksen tieteenfilosofisia periaatteita. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella taloudellisten näkökulmien ilmenemistä suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Tutkimus pyrkii selvittämään talouden tasojen käsitteiden avulla taloudellisen keskustelun kohdentumista talouden laajassa kentässä. Lisäksi pyritään selvittämään, millainen suhde mielenterveyden ja talouden välillä on suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. *Miten mielenterveyspoliittinen keskustelu kohdentuu talouden eri tasoihin?*
2. *Millä tavoilla mielenterveyden ja talouden välistä suhdetta käsitellään suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa?*

### **5.2 Laadullinen tutkimus ja teorialähtöinen sisällönanalyysi**

Tämän tutkimuksen tutkimuksellinen lähestymistapa on pääasiassa laadullinen eli kvalitatiivinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittely on haastavaa, koska sillä ei ole varsinaisesti itsenäistä paradigmaa tai teoriaa ja koska sitä käytetään monilla eri oppialoilla. Kvalitatiivisella tutkimuksella ei myöskään ole omaa erillistä menetelmävalikoimaa, vaan se hyödyntää useiden eri alojen menetelmiä. Esimerkiksi kirjallisuuden ja tekstin tutkimuksessa tekstiä tarkastellaan omana erillisenä merkitysjärjestelmänään, kuten tässäkin tutkimuksessa on tehty. Yleisesti kvalitatiivisen tutkimuksen on katsottu viittaavan joukkoon erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. (Denzin & Lincoln 2011, 6.)

Laadullisen lähestymistavan lisäksi tutkimusta ohjaa konstruktivistinen todellisuuskäsitys. Se tarkoittaa, että todellisuuteen ei suhtauduta realistisena faktana, vaan todellisuus on suhteellista ja todellisuudesta voi muodostaa erilaisia käsityksiä. Tutkimustulos todellisuudesta muodostuu tutkijan ja tutkimuskohteen välisessä vuorovaikutuksessa, edellisen tulkitessa jälkimmäistä. (Metsämuuronen 2008, 12.) Näin ollen myös kieli nähdään sosiaalisen

todellisuuden tuotteena, jota eri tavoilla käyttäen voidaan pyrkiä saavuttamaan erilaisia päämääriä. Myös ”tosiasioista” kertovien asiatekstien nähdään rakentavan sosiaalista todellisuutta, ei ainoastaan kuvailevan kohdettaan. (Eskola & Suoranta 2008, 140–141.)

Tutkimuksen tutkimusote on teorialähtöinen. Tuomen ja Sarajärven (2013, 97) mukaan teorialähtöinen analyysi on laadullisen analyysin muoto, joka pohjautuu ”tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun”. Näin ollen analyysi etenee valmiin teoreettisen aineksen ohjaamana ja tutkimusaineistoa tarkastellaan teoreettisen viitekehyksen läpi. Teoreettisessa viitekehyksessä on esimerkiksi määritelty valmiit kategoriat, joiden perusteella tutkimusaineisto jäsenellään. Kuten tässäkin tutkimuksessa, teorialähtöisessä analyysissä on yleensä kyse aiemman tiedon soveltamisesta uuteen kontekstiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 97–98.)

Tutkimuksen analyysimuotona on teorialähtöinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysillä on esitetty olevan kaksi eri merkitystä: aineiston sisällön tarkasteleminen kvantitatiivisesti eli sisällön (määrällinen) erittely sekä aineiston sisällön sanallinen ja laadullinen kuvaaminen – eli pyrkimys siinä sanottujen asioiden merkityksien ymmärtämiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 106). Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi tapahtuu teemoittellen. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. Siten tiettyjen teemojen esiintymistä aineistossa on mahdollista vertailla. Analyysimenetelmänä teemoittelu painottaa siis sitä, mitä kustakin teemasta on sanottu. (Eskola & Suoranta 2008, 174; Tuomi & Sarajärvi 2013, 93).

Tässä tutkimuksessa toteutan analyysin seuraavasti: aluksi teemoittelen aineiston teoreettisen viitekehyksen pohjalta muodostettuihin temaattisiin luokkiin eli pääteemoihin. Seuraavaksi jaan pääteemat aineistolähtöisesti muodostettuihin alateemoihin. Aineiston teemoittelun lisäksi esitän kuhunkin teemaan luokiteltujen havaintoyksiköiden lukumäärät numeerisesti. Näin on mahdollista vertailla havaintoyksiköiden esiintymistä eri teemojen välillä sekä niiden sisällä. Tämän jälkeen tarkastelen teemoihin jaotellun tutkimusaineiston laadullisia piirteitä kuvaillen niitä sanallisesti.

### **5.3 Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet**

Tutkimusaineistoksi tähän tutkimukseen olen valikoinut kansallisen tason mielenterveyspolitiikkaa rakentavia hankkeita koskevia asiakirjoja. Hämäläisen ja Metterin (2011, 111–112) aiemmin kuvattua jaottelua mukailleen tutkimuksessa on kyse siis mielenterveyspolitiikan ohjelmallisen ulottuvuuden tarkastelusta. Hankkeet on toteutettu pääosin 2000- sekä 2010-

lukujen aikana sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Tutkimusaineistona toimivat asiakirjat on hankittu valtioneuvoston julkaisuarkisto Valtoista (Valto), ja aineistoksi olen valikoinnut sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, jotka on tehty nimenomaisesti kustakin hankkeesta. Aineiston valikoitumiseen ovat vaikuttaneet aineiston saatavuus sähköisessä muodossa sekä asiakirjan keskeisyys hankkeen kannalta. Myös asiakirjassa esiintyvä talousnäkökulma oli keskeinen tekijä aineistoksi valikoitumisessa. Seuraavaksi esittelen hankkeet lyhyesti pääpiirteittäin, ja luettelen kustakin hankkeesta analysoitavaksi valikoimani asiakirjat.

*Mielekäs Elämä! (1998–2002).* Sosiaali- ja terveysministeriön Mielekäs Elämä! -ohjelma toteutettiin vuosina 1998–2002 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) toimesta. Sen tavoitteisiin kuului parantaa kansalaisten mahdollisuuksia mielekkäseen elämään sekä edistää heidän suoriutumistaan omissa yhteisöissään sekä yhteiskunnassa. (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 3.) Mielekäs Elämä! -ohjelmasta tämän tutkimuksen tutkimusaineistoon valikoin asiakirjan: Immonen, Kiikkala ja Ahonen (toim.). 2003. Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:9.

*Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä Masto-hanke (2008–2011).* Masto-hanke toteutettiin vuosina 2008–2011. Sen tehtävänä oli laatia osahankkeet, toimenpiteet, lainsäädäntömuutokset sekä tarvittavan yhteistyön sisältävä toimintaohjelma, joilla pyrittiin masennuksen varhaisen tunnistamisen, ehkäisyyn, hoidon ja kuntoutuksen sekä työssä jatkamisen ja työhön paluun edistämiseen sekä masennuksesta aiheutuvan pysyvän työkyvyttömyyden välttämiseen. (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 3.) Masto-hankkeesta tämän tutkimuksen tutkimusaineistoon valikoin asiakirjan: Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41.

*Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015.* Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma oli sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009-työryhmän valmisteleva kansallinen suunnitelma mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Suunnitelmalla pyrittiin vahvistamaan ko. palvelujen asiakkaiden asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihitteettömyyttä sekä ehkäisemään näiden haittoja, painottamaan avo- ja peruspalveluja palvelujärjestelmän kehittämisessä sekä vahvistamaan palvelujen ohjauskeinoja. (Mielenterveys-

ja päihdesuunnitelma 2009, 13.) Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta tämän tutkimuksen tutkimusaineistoon valikoin asiakirjan: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Analyysirunko

Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko muodostetaan tutkimuksen teoreettisen aineksen elementeistä, jolloin päätelyn logiikka etenee yleensä deduktiivisesti, eli yleisen havainnon tai teorian pohjalta päätellään jotakin yksittäistapauksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 98; 113.) Analyysirungon sisään muodostetaan aineistosta kategorioita. Rungon ulkopuolelle jääneestä aineistosta voidaan muodostaa uusia kategorioita samaan tapaan kuin aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä, jossa yksittäistapauksista johdetaan yleishavainto tai teoria. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113.) Seuraavaksi kerron analyysirungon muodostamisen ja aineiston ryhmittelyn vaiheista.

Valikoituani tutkimusaineistoksi päätyneet dokumentit, lähdin lukemaan aineistoa läpi ja merkitsemään sieltä muistiin havaintoyksiköt. Määrittelin havaintoyksiköt seuraavin perustein: tekstissä tuli esiintyä muodossa tai toisessa *maininta yhtäältä mielenterveydestä, ja toisaalta joko taloudesta tai aineettomasta arvosta, ja näiden kahden välillä tuli olla jonkinlainen suhde*. Poimin aineistosta havaintoyksiköiksi siis kaikki mielenterveyden ja talouden tai aineettoman arvon välistä suhdetta ilmentävät tekstikohdat. Tämän jälkeen listasin poimitut havaintoyksiköt, ja lähdin erottelemaan niitä pääteemoiksi sen perusteella, mitä taloudellista tasoa havaintoyksikkö koskee. Osa havaintoyksiköistä ei sopinut pääteemoihin, joten päädyin muodostamaan Tuomen ja Sarajärven (2013, 113) ohjeen mukaisesti uuden aineistolähtöisen pääteeman, yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe.

Pääteemat muodostettuani totesin, että kolmen ensimmäisen pääteeman (terveydenhuollon talous, mikrotalous ja makrotalous) osalta niissä esiintyvää mielenterveyden ja talouden välistä suhdetta käsittelevää puhetta voidaan ryhmitellä sen mukaan, nähdäänkö näiden kahden välillä vallitsevan kausaalisuhdetta, ja kumpaan suuntaan kausaliteetin nähdään etenevän. Kyse on siis siitä, nähdäänkö talouden vaikuttavan mielenterveyteen vaiko mielenterveyden vaikuttavan talouteen, kuten esimerkiksi Suhrcken ja kumppaneiden (2012, 62) käsitteiden näkökulma antaa olettaa.

Jos pääteeman sisälle ryhmitellyssä aineistossa oli havaittavissa kumpaankin suuntaan etenevää kausaalisuhdetta, olen jakanut aineiston kausaalisuhteen suunnan perusteella eril-



lisiin alateemoihin. Osassa havaintoyksiköistä puolestaan kausaliteetin suunta ei ollut lainkaan tunnistettavissa, mutta se kuului silti selkeästi pääteeman sisään. Näissä tapauksissa olen muodostanut kolmannen, niin sanotusti määrittelemättömän alateeman. Tämän seurauksena olen päätenyt muodostamaan oheisen analyysirungon, joka jakautuu pää- ja alateemoihin (taulukko 1).

Taulukko 1. Analyysirunko.

Pääteemat	Terveydenhuollon talous	Mikrotalous	Makrotalous	Yhteiskunnan hyvinvointi	Yleinen mielen-terveyttä koskeva talouspuhe
Alateemat	Suorat taloudelliset vaikutukset terveydenhuollossa	Mielenterveyden mikrota- loudelliset vai- kutukset	Mielentervey- den makrota- loudelliset vai- kutukset	Mielentervey- den yhteis- kunnallinen merkitys	Resurssit
	Terveydenhuol- lon talouden vaikutus mielen- terveyteen	Mikrotalouden vaikutukset mielen- terveyteen	Määrittelemä- tön kausaali- suhteen suunta	Elämänlaatu	Määrittelemätön talouspuhe
	Määrittelemätön kausaalisuhteen suunta	Määrittelemä- tön kausaali- suhteen suunta			

## 6.2 Talouden tasojen esiintyminen

Kuten todettua, tutkimusaineistossa oli havaittavissa mielen-terveyden ja talouden välillä il- menevä kausaalisuhde kolmessa pääteemassa. Pääteemat olivat terveydenhuollon talous, mikrotalous ja makrotalous. Oheisessa taulukossa (taulukko 2) on esitetty näihin pääteemoi- hin kuuluvien havaintoyksiköiden jakautuminen kausaalisuhteen suunnan perusteella.

Taulukko 2. Havaintoyksiköiden jakautuminen alateemoihin kausaalisuhteen suunnan perusteella.

	Kausaalisuhteen suunta			YHT.
	Mielenterveyden taloudelliset vaikutukset	Talouden vaikutus mielenterveyteen	Määrittelemätön kausaalisuhteen suunta	
Terveydenhuollon talous	1	15	5	21
Mikrotalous	1	16	18	35
Makrotalous	7	0	3	10

Taulukossa rivit edustavat pääteemoja ja sarakkeet niiden alateemoja. Ensimmäisessä sarakkeessa kausaalisuhteen suunta on mielenterveydestä kohti taloutta. Tämä tarkoittaa, että aineistossa on katsottu mielenterveydellä tai mielenterveyden häiriöillä olevan taloudellisia seurauksia. Toisessa sarakkeessa kausaalisuhteen suunta on taloudesta kohti mielenterveyttä. Tämä puolestaan tarkoittaa, että taloudella tai taloudellisilla toimilla on katsottu olevan vaikutuksia ihmisten mielenterveyteen tai mielenterveyden häiriöihin. Kolmanteen sarakkeeseen kuuluvassa aineistossa näiden kahden välillä on katsottu olevan yhteys, mutta kausaalisuhteen suuntaa ei ole voitu suoraan päätellä.

Taulukosta voidaan havaita, että mikrotalouden pääteemaan teemoiteltua aineistoa esiintyi huomattavasti muita pääteemoja enemmän, ja toiseksi eniten aineistoa esiintyi terveydenhuollon talouden pääteemassa. Nämä aihealueet muodostivat siis kaksi eniten keskustelua herättänyttä teorialähtöistä pääteemaa. Tämä on mahdollista tulkita siten, että aineisto tukee Suhrcken ja kumppaneiden esittämiä näkemyksiä. Heidän mukaansa mikrotaloudellisista kustannuksista ollaan yleisesti yksimielisempiä kuin esimerkiksi makrotaloudellisista (Suhrcke ym. 2012, 62), ja poliittiset päättäjät ovat usein varsin tietoisia myös terveydenhuollon kustannuksista. Lisäksi päättäjät pyrkivät selvittämään, voiko terveyteen investoimalla hillitä näitä kustannuksia tulevaisuudessa (Suhrcke ym. 2012, 62).

Taulukosta voidaan myös havaita, että terveydenhuollon talouden ja mikrotalouden osalta kausaalisuhteen suunta nähtiin pääasiassa etenevän taloudesta kohti mielenterveyttä.

Toisin sanoen näyttää siltä, että sekä terveydenhuollossa että mikrotaloudellisissa yksiköissä kuten yrityksissä tai kotitalouksissa taloudellisilla reunaehdoilla tai valinnoilla katsottiin olevan vaikutusta ihmisten mielenterveydelle. Makrotalouden osalta tilanne on päinvastainen. Makrotalouden pääteemassa mielenterveydellä tai sen ongelmilla katsottiin olevan vaikutuksia taloudelle, eli kausaalisuhteen suunta on tällöin vastakkainen.

Yhteiskunnan hyvinvoinnin pääteema jakautui kahteen alateemaan (taulukko 3). Pääosa siihen kuuluvasta aineistosta keskittyi mielenterveyden yhteiskunnallisen merkityksen tarkasteluun, ja vain muutama käsitteli elämänlaatua. Pääteema lukeutui määrällisesti pie-nimpiin pääteemoihin yhdessä makrotalouden pääteeman kanssa.

Taulukko 3. Yhteiskunnan hyvinvointi.

	Mielenterveyden yht.kun. merkitys	Elämänlaatu	YHT.
Yhteiskunnan hyvinvointi	8	3	11

Viimeinen pääteema on yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe (taulukko 4). Tähän pääteemaan laskettiin kuuluvaksi kaikki yleisellä tasolla mielenterveyden ja talouden välistä suhdetta käsittelevä materiaali, joka ei sisältänyt kausaalisuhteita eikä varsinaisesti vii-tannut mihinkään taloudellisen toiminnan tasoon. Määrällisesti pääteema jakautui puoliksi kahteen alateemaan, joista ensimmäinen, resurssit, edustaa itsenäistä, mihinkään taloudelli-seen tasoon kohdistumatonta resurssipuheen muotoa. Määrittelemätön-alateema puolestaan korostaa yleisellä tasolla mielenterveyden ja talouden suhteita.

Taulukko 4. Yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe.

	Resurssit	Määrittelemätön	YHT.
Yleinen mielen- terveyttä kos- keva talouspuhe	14	14	28

### 6.3 Terveydenhuollon talous

Seuraavaksi esittelen aineiston laadullisen analyysin, ja ensimmäinen käsiteltävä pääteema on terveydenhuollon talous. Se sisältää kaiken aineistossa esiintyvän terveydenhuoltojärjestelmän talouden ja mielenterveyden välistä suhdetta käsittelevän materiaalin. Terveydenhuollon talous -pääteema on jaettu mielenterveyden ja talouden välisen oletetun kausaalisuhteen suunnan perusteella seuraaviin alateemoihin: suorat taloudelliset vaikutukset terveydenhuollossa; terveydenhuollon talouden vaikutus mielenterveyteen sekä; määrittelemätön kausaalisuhteen suunta. Kuten taulukko 2 osoitti, tässä pääteemassa kausaalisuhteen suunnan katsottiin pääosin etenevän taloudesta kohti mielenterveyttä. Tämä kertonee yleisestä tavasta mieltää asia siten, että terveydenhuollon resurssien määrä vaikuttaa hoidon määrään ja laatuun, jotka puolestaan vaikuttavat mielenterveyteen. Yleisesti ottaen pääteeman sanoma on, että mielenterveystyötä tehdään liian pienin resurssein, ja niitä tulisi lisätä. Lisäksi resursseja tulee kohdentaa uudella tavalla mielenterveydenhuoltojärjestelmän sisällä siten, että potilaita pyritään hoitamaan ensisijaisesti avohoidon keinoin.

#### *Alateema 1. Suorat taloudelliset vaikutukset terveydenhuollossa*

Alateemaan lukeutuvaa materiaalia esiintyi aineistossa erittäin vähän. Alateema korostaa, että mielenterveyden häiriöillä on negatiivisia taloudellisia vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle. Alateemaan lukeutuvaa materiaalia esiintyi aineistossa erittäin vähäisesti. Alateemassa esiintyy COI-käsitteistöön pohjaava näkemys terveysongelmien suorista kustannuksista:

*”Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien aiheuttamat suorat hoitoon, kontrolliin ja sosiaalivakuutukseen liittyvät kustannukset ovat mittavia - -”.* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

Aineistossa ei esiintynyt yhtään numeerista arviota mielenterveyden ongelmien terveydenhuollolle aiheuttamien kustannusten mittakaavasta, vaan kustannusten arvioitiin ainoastaan olevan mittavia. Suuruusluokkaa tarkastelulle antaa esimerkiksi Kiiskisen ja kumppaneiden käyttämät luvut vuodelta 1995, jolloin mielenterveyden häiriöiden suorat hoitokustannukset

olivat n. 692,1 miljoonaa euroa, vastaten samalla 13 %:n osuutta kaikista suorista hoitokustannuksista ja ollen samalla toiseksi suurin kustannuserä kaikista sairauspääryhmistä (Kiiskinen ym. 2005, 423).

### *Alateema 2. Terveystalouden vaikutus mielenterveyteen*

Alateemaan lukeutuvaa materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon. Alateemalle tyypillistä on näkemys terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisten resurssien riittämättömyydestä, ja alateeman sävy on kautta linjan mielenterveystyön resurssien lisäämisen puolesta puhuva. Alateema korostaa, että terveydenhuoltojärjestelmän taloudelliset tavoitteet ovat usein ristiriidassa laadukkaan ja inhimillisen hoidon kanssa. Seuraavassa aineisto-otteesta esiintyy näkemys tulosjohtamismenetelmien negatiivisesta vaikutuksesta hoidon laadulle, jonka voi nähdä puoltavan luvussa 2 esitettyjä argumentteja mielenterveyspolitiikan hallinnallistumisesta.

*”Sosiaali- ja terveystaloudessa pitkään jatkunut säästöjen korostaminen ja tulosjohtamismenetelmät ovat hämärtäneet ihmisten hyvän hoidon ja kohtelun sekä avun tarpeeseen vastaamisen ensisijaisuutta palvelujärjestelmässä. Sinänsä oikeansuuntaisen itsenäisen selviytymisen ja omien voimavarojen käytön mahdollistamista korostavan periaatteen taakse kätkeytyy myös avun minimoimista ja epäamistää säästämisen vuoksi.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 32.)

Hämäläisen ja Metterin (2011, 126–135) mukaan mielenterveyspolitiikasta on tullut hallinnallistumisen ja kunnallistumisen myötä kunnan budjettikauden mittaista ostamista ja myymistä ja palvelujärjestelmän toimijoiden toiminnasta on muokattu standardisoitavissa, hinnoiteltavissa ja arviotavissa olevia prosesseja. Tämän voi katsoa edustavan Millerin ja Rosen (2008) tarkoittamaa toimijoiden autonomiaa, jota markkinarationaliteettien ja –teknologioiden laajeneminen terveydenhuollon alalle näyttää lisäävän, mutta todellisuudessa se kuitenkin sitoo toimijat uudenlaisen budjeteista, standardeista, riskinhallinnasta ja arvioinneista koostuvan hallinnan alaisuuteen. (Miller & Rose 2008, 28; 32.) Aineisto-otteen mainitsema ilmiö – hyvän hoidon ensisijaisuuden hämartyminen tulosjohtamismenetelmien vuoksi – voidaan tätä taustaa vasten tulkita siten, että mielenterveystyön käytäntöjen, kuten laadukkaan hoidon, nähdään irtaantuneen hallinnan tekniikoista, joita tulosjohtamismenetelmät tässä edustavat (vrt. Dean 2010; Helén 2011).

Resurssien kohdentamisessa nähtiin olevan ongelmia myös terveydenhuoltojärjestelmän sisällä. Laajasta 1980- ja 1990-luvuilla mielenterveystyössä tapahtuneesta dehospitalisaatiosta huolimatta *Mieli 2009*-ohjelma korostaa laitoshoidon rahoituksellisen osuuden olevan edelleen liian suuri avohoitoon verrattuna:

*”Avohoidon kehittäminen on jäänyt toissijaiseksi, kun suhteettoman suuri osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon kustannuksista kohdistuu laitoshoidon.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

Kuten edellä on esitetty, tutkimuskirjallisuudessa tämän suuntaisia havaintoja avohoidon ja laitoshoidon välisistä suhteista ja resurssien jaosta on tehty myös aiemmin (Kiiskinen ym. 2005, 423–428). Kuitenkin on myös todettu, että vuodeosastomenojen suhteellinen osuus koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon menoista on laskenut 2000-luvun alkuvuosista, ja toisaalta avo- ja päiväosastohoidon osuus on kasvanut. (Matveinen & Knape 2016, liitetäulukko 1.) Vuodesta 2006 alkaen myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon absoluuttiset menot ovat laskeneet yhtäjaksoisesti samalla, kun avohoidon ja päiväosastohoidon menot ovat jatkaneet kasvuaan (Matveinen 2018, 3). Tästä näkökulmasta mielenterveyspalvelujärjestelmän sisäinen resurssien jako on siis muuttunut jatkuvasti avohoitopainotteisemmaksi, eli aineisto-otteessa esitetty epäsuhta on tasoittumaan päin.

### *Alateema 3. Määrittelemätön kausaalisuhteen suunta*

Tähän alateemaan luokitellusta aineistosta ei voi tunnistaa mielenterveyden ja talouden välisen kausaliteetin suuntaa, eikä alateemaan kuuluvalla aineistolla ole muutoinkaan selkeää yhdistävää piirrettä. Niin ollen alateeman aineistoa leimaa hajanaisuus ja irralliset toteamukset. Aineisto kuitenkin käsittelee mielenterveyden ja talouden välistä suhdetta terveydenhuoltojärjestelmän tasolla.

*”Tehostetaan muiden palvelujärjestelmän kehittämistyöhön käytettävien rahoitusmahdollisuuksien käyttöä kokoamalla niitä koskevat tiedot keskitetyksi.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 17.)

Kuten edellisessäkin alateemassa, aineisto-ote korostaa jälleen rahoituksen koordinoitua terveydenhuoltojärjestelmän sisällä sekä tietojohdantamisen merkitystä rahoituksen tehokkaan koordinaation apuvälineenä. Otteen voi katsoa olevan kuin vastaus mielenterveyspalveluiden hallinnallistumiskehityksestä seuranneeseen hajanaisuuden tilaan, jossa hoitojärjestelmän kehittämistyön on katsottu pirstoutuneen yksittäisiin koulutushankkeisiin ja projekteihin. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.) Näyttää siis siltä, että hajanaisuus on ainakin havaittu ja tunnustettu.

## 6.4 Mikrotalous

Kuten edellä jo todettiin, mikrotalouden pääteemaan luettavaa materiaalia esiintyi aineistossa määrällisesti enemmän kuin mitään muuta esiteltyä pääteemaa. Kuten ensimmäinenkin pääteema, myös mikrotalouden pääteema jakautuu edelleen alateemoiksi mielenterveyden ja talouden välisen oletetun kausaalisuhteen suunnan perusteella. Kausaliteetin suunnan osalta valtaosa pääteemaan luetusta aineistosta käsitteli talouden vaikutuksia mielenterveyteen, kuten terveydenhuollon talouden pääteemassakin.

### *Alateema 1. Mielenterveyden mikrotaloudelliset vaikutukset*

Alateemaan lukeutuvaa materiaalia esiintyi aineistossa erittäin vähäisesti. Alateema tuo esiin heikon tai hyvän mielenterveyden mikrotaloudellisille yksiköille tuottamat positiiviset tai negatiiviset taloudelliset vaikutukset. Vaikka seuraavassa aineisto-otteessa ei mainita erikseen mielenterveyttä, käy kontekstista selväksi, että puhuttaessa hyvinvoinnista tähän sisällytetään myös mielenterveys.

*”Työterveyden edistäminen ja työhyvinvoinnista huolehtiminen kohentavat sekä ihmisten hyvinvointia että yritysten tuottavuutta.”* (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 14.)

Aineisto-otteen voidaan katsoa edustavan positiivista mielenterveyskäsitystä (vrt. Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 8). Taloudelliset vaikutukset nähdään lisääntyneenä tai heikentyneenä taloudellisena tuottavuutena siten, että hyvän mielenterveyden nähdään vaikuttavan mikrotaloudellisen yksikön talouteen positiivisesti tuottavuutta lisäten, kun taas käänteisesti

heikko mielenterveys johtaa heikentyneeseen tuottavuuteen, jolla puolestaan on negatiivisia taloudellisia vaikutuksia.

### *Alateema 2. Mikrotalouden vaikutukset mielenterveyteen*

Alateemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon. Alateemalle tyypillistä on näkemys siitä, että taloudellisilla olosuhteilla on vaikutusta mielenterveyteen. Alateema korostaa talousyksikön – pääasiassa kotitalouden tai yksilön taloudellisen tilanteen merkitystä ihmisten mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä.

*”- - monet nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneet mielenterveyskuntoutujat elävät sellaisen toimeentulon varassa, joka monilta osin estää ihmisarvoista elämää. Jatkuva toimeentulominimin varassa eläminen ei tue kuntoutumista eikä näytä edistävän myöskään työmarkkinoille pääsyä.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 25.)

*”Riittävä toimeentulo antaa perustan elämän turvalliseksi kokemiselle ja on näin merkittävä mielenterveyttä ylläpitävä tekijä.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 14.)

Kuten luvussa 4.2 todettiin, myös tutkimuskirjallisuudessa on yleisempää nähdä mikrotaloudellisten tekijöiden vaikuttavan yksilöiden mielenterveyteen, eikä päinvastoin. (esim. Contoyannis & Rice 2001, 600; Lund ym. 2010; Suhrcke ym. 2012, 73; Burns 2015). Tässä mielessä aineisto-otteiden voidaan katsoa mukailevan tutkimuskirjallisuuden linjaa, ja myös aineiston määrällinen jakautuminen mikrotalouden pääteeman sisällä näyttää tekevän samoin (kts. taulukko 2). Tutkimustietoon viitaten asiaa perusteltiin aineistossa:

*”- - [T]oimeentulovaikeudet näyttävät suoraviivaisesti huonontavan psyykkistä hyvinvointia.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 23.)

Alateemalle tyypillistä oli myös se, että mielenterveyteen nähtiin voitavan vaikuttaa yhteiskuntapoliittisin toimenpitein kotitalouksien toimeentuloon vaikuttamalla. Tällaisena vaikutuskeinona nähtiin esimerkiksi ihmisten perustoimeentuloa koskevat päätökset:

*”Mielenterveyteen vaikuttaa yhteiskunnallinen päätöksenteko muun muassa*



*asunto-, ympäristö-, koulutus- ja perusturva-asioissa.*” (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 30.)

Tutkimuskirjallisuus antaa aineisto-otteen näkemykselle tukea sikäli, että korkeamman koulutus- ja tulotason on katsottu esimerkiksi vähentävän masennusriskiä (Stankunas ym. 2006, 174). Toisinaan taloudellisen turvallisuuden on katsottu olevan työsuhdettakin merkittävämpi psykologisen hyvinvoinnin tuottaja (esim. Winefield ym. 1990, 45). Eräs alateemalle tyypillinen piirre on kuitenkin työn tai työttömyyden ja työelämään osallistumisen merkityksen korostaminen suhteessa mielenterveyteen sekä toimeentuloon:

*”Pitkäaikaistyöttömistä on tullut köyhyyden kova ydin. Näistäkin huono-osaisimmille kasautuvat huono terveys, mielenterveysongelmat, sosiaalisten siteiden katkeaminen ja yleinen epäluottamus yhteiskuntaa kohtaan.*” (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 25.)

Tutkimuskirjallisuuden perusteella esimerkiksi koettujen masennusjaksojen tai muiden psykologisten ongelmien todennäköisyys kasvaa työttömyyden pitkittyessä (Stankunas ym. 2006, 174; Paul & Moser 2009, 264). Pääsääntöisesti riskin on todettu olevan korkeampi miehillä ja matalasti koulutetuilla sekä maissa, joissa on heikko työttömyysvakuutusjärjestelmä (Paul & Moser 2009, 264). Työelämäosallisuus sekä taloudellisten perusedellytysten turvaaminen nähtiin jopa osana mielenterveyden häiriön hoitoprosessia:

*”Työtilanteen huomioiminen, toimeentuloturvasta huolehtiminen ja hyvät sairauspoissaolokäytännöt ovat myös osa laadukasta hoitoa, jolla ehkäistään työelämästä syrjäytymistä. Työssäkäynti voi osaltaan tukea masentuneen henkilön toipumista.*” (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 40.)

Työelämäosallisuuden tärkeyttä painotettiin paitsi taloudellisista, myös sosiaalisista ja psykologisista syistä. Leimallista alateemalle on siis se, että työelämään osallistumisen nähtiin lähtökohtaisesti tukevan yksilön mielenterveyttä ja ehkäisevän syrjäytymistä.

### *Alateema 3. Määrittelemätön kausaalisuhteen suunta*

Kolmannessa mikrotalouden ja mielenterveyden suhdetta käsittelevässä alateemassa kausaalisuhteen suuntaan ei oteta kantaa tai sitä ei ole muutoin mainittu. Alateemaan luokiteltua

materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon, ja tyypillistä alateemalle on hajanaisuus ja asiointitilan toteaminen. Tässäkin alateemassa keskeinen elementti oli työhön osallistumiseen ja sen tukemiseen liittyvät asiat. Esille nostettiin myös ehdotuksia uudenlaisten taloudellisen tuen muotojen kehittämiseksi.

*”Pitkäaikaiskuntoutukseen hakeutuville ja kuntoutuksessa ja asumispalveluissa oleville [mielenterveyspalveluiden] asiakkaille tulisi luoda sellaisia yhdistelmätoimeentulon muotoja, jotka kannustavat ja tukevat pyrkimistä itsenäiseen asumiseen ja työelämään.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 22.)

Eräs alateemassa esiintynyt piirre oli mielenterveystyöhön kohdistettuihin resursseihin sekä resurssien vajavuuteen liittyvät kannanotot. Kannanotot puhuivat poikkeuksetta resurssien lisäämisen tai ylläpitämisen puolesta.

*”Mielenterveyspotilaille ja -kuntoutujille on turvattava riittävät palvelut, kunnolliset asumisolot ja taloudellinen toimeentulo.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 30.)

## **6.5 Makrotalous**

Pääteemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon. Pääteeman osalta siihen luokiteltavan aineiston rajaaminen oli haastavampaa kuin muiden pääteemojen osalta, sillä aineisto-otteista ei välttämättä selvästi käynyt ilmi, mitä talouden tasoa ote koskee. Rajanvetoa jouduttiin tekemään osin kontekstisidonnaisuuteen pohjaten. Verrattuna aiemmin esiteltyihin pääteemoihin, tämän pääteeman erityispiirteenä oli se, että kausaalisuhde esiintyi ainoastaan yhteen suuntaan, tai sen suunta ei ollut ollenkaan määriteltävissä. Mielenterveyden nähtiin vaikuttavan makrotalouteen, mutta ei toisin päin.

### *Alateema 1. Mielenterveyden makrotaloudelliset vaikutukset*

Alateema korostaa mielenterveyden häiriöiden negatiivisia vaikutuksia taloudelle. Kuten mikrotaloudellistenkin vaikutusten osalta, jälleen kerran keskiössä ovat heikosta tuottavuudesta aiheutuvat kustannukset. Seuraava aineisto-ote nojautuu vahvasti COI-käsitteistön epäsuorien kustannusten käsitteeseen, ja kuten todettua, tältä osin jako mikro- ja makrota-

loudellisiin tasoihin on häilyvä. Aineisto-otteen ensisijainen sidonnaisuus makrotaloudelliseen tasoon on tässä tapauksessa päätelty kontekstista, jossa mielenterveyden häiriöiden aiheuttamia haittoja käsiteltiin kansallisella tasolla.

*”Mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien aiheuttamat - - epäsuorat kustannukset, kuten menetetyistä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaiset suoriin kustannuksiin verrattuna.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.)

Tutkimuskirjallisuuden perusteella aineisto-otteen argumenttia mielenterveyshäiriöiden ja työpanosmenetyksien yhteydestä voidaan pitää perusteltuna. Mielenterveyden häiriöiden on todettu olevan yhteydessä vähäisempään työmarkkinoille osallistumiseen (esim. Frijters, Johnston & Shields 2010, 16–17; Lund ym. 2015, 53–54) sekä olevan keskeinen varhaisen työmarkkinoiden ulkopuolelle siirtymisen peruste (Pensola, Gould & Polvinen 2010, 15; 44). Esimerkiksi Suomessa vuonna 1995 toteutuneista työpanosmenetyksistä Kiiskisen ja kumppaneiden laskelmien mukaan 22 % oli mielenterveyden häiriöistä johtuvia. Mielenterveyden ongelmat aiheuttivat kaikista sairauspääryhmistä eniten kokonaistuotantopanosmenetyksiä (n. 2,5 mrd. €) 26 %:n osuudella kaikista tuotantopanosmenetyksistä (Kiiskinen ym. 2005, 429–431).

Työkyvyttömyyden tuottamat taloudelliset vaikutukset olivat niin ikään alateeman aineistossa keskeisessä roolissa, ja aiheeseen liittyen esille nostettiin myös selkeitä tilastolukuja:

*”Masennuksesta johtuvat sairauspäiväraha-kustannukset vuonna 2007 olivat 109 miljoonaa euroa ja työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemenot samana vuonna oli 413 miljoonaa euroa.”* (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 13.)

Tutkimuskirjallisuuden perusteella huoli työkyvyttömyyden taloudellisista vaikutuksista on perusteltu. Mielenterveysongelmien merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajana on korostunut 2010-luvulle tultaessa. Erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä mielenterveyssyistä myönnettyjen eläkkeiden alkavuus on jopa lisääntynyt. (Laaksonen ym. 2016, 3–4; 80.) Tutkimuskirjallisuudessa työkyvyttömyysmenot ja mielenterveyspalveluiden resurssit nähtiin osin toisiaan kompensoivina. Luomahaara ja kumppanit toteavat vuoden 1995 tietoja käyttäen, että jos mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyistä uusista eläkkeistä ja sairauspäivärahoista aiheutuvia kustannuksia pystyttäisiin alentamaan vuositasolla esimerkiksi 20

prosenttia, siitä syntyvillä säästöillä voitaisiin rahoittaa huomattava osa mielenterveystyön lisärahoitustarpeesta (Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000, 12). Tätä näkökulmaa ei esiintynyt aineistossa lainkaan.

### *Alateema 2. Määrittelemätön kausaalisuhteen suunta*

Alateemaan luokiteltua aineistoa esiintyi melko vähän. Alateemalla ei ole yhtenäisiä ja tunnusomaisia piirteitä vaan alateemaan luokiteltua aineistoa leimaa hajanaisuus sekä toteavuus. Yhdistävänä tekijänä on kuitenkin makrotaloudellisen ulottuvuuden ja mielenterveyden suhde.

*”1990-luvun laman jälkeisinä voimakkaan taloudellisen kasvun vuosina ei tapahtunut kasvun riittävää realisoitumista mielenterveys- ja muiden hyvinvointipalvelujen kehittämiseen.” (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 13.)*

Aineisto-ote viittaa yleiseen taloussuhdanteeseen. Sen näkökulmasta voidaan päätellä, että kirjoittajien mielestä mielenterveyspalveluiden resursseja olisi pitänyt 1990-luvun laman jälkeen kasvattaa enemmän, joten kyseessä on jälleen yksi resurssipuheen muoto. Tutkimuskirjallisuudessa näkökulma keskittyy taloudellisen kasvun sijasta enemmän laman yhteydessä ja sen jälkeen palveluihin kohdistuneisiin säästötoimenpiteisiin (Helén ym. 2011, 44–45; Hämäläinen & Metteri 2011, 114). Yleensäkin koko mielenterveyspalvelujen kustannuskehityksen seurannan on katsottu olleen 1990-luvulla vaikeaa, sillä kokonaiskuva psykiatrisen hoitojärjestelmän tilanteesta oli hallinnollisten ja rakenteellisten muutosten seurauksena hämärtynyt (Hyvönen 2008, 239).

## **6.6 Yhteiskunnan hyvinvointi**

Tähän pääteemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa melko vähän. Luonteeltaan pääteema jäi ohueksi ja toteavaksi puheeksi mielenterveyden arvosta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä. Tästä syystä pääteema kuvastaa kuitenkin hyvin Suhrcken ja kumppaneiden yhteiskunnan hyvinvointikustannusten käsitettä. Suhrcke ja kumppanit toteavat, että yhteiskunnan hyvinvointikustannusten käsitteen määrittely on hankalaa ja siinä on paljon ristirii-

taisuuksia, eikä voida yksiselitteisesti määritellä, kuinka suuren arvon ihmiset antavat terveydelle (Suhrccke ym. 2012, 62–63). Tässä pääteemassa ei ollut havaittavissa kausaliteettisuhteiden suuntaa samaan tapaan kuin edellä esitellyissä pääteemoissa, mutta aineisto oli teemoiteltavissa kahteen selkeästi toisistaan erilliseen alateemaan.

### *Alateema 1. Mielen terveyden yhteiskunnallinen merkitys*

Alateema korostaa mielen terveyden tai sen ongelmien yhteiskunnallista ja/tai kansanterveydellistä merkitystä ja mielen terveyden arvoa ihmisille.

*”Eri hallinnonaloilla tulee olla perillä mielen terveyden merkityksestä väestölle ja siitä, mikä vaikutus niiden toimilla saattaa olla mielen terveyteen.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 17.)

Maksuhalukkuustutkimuksissa mielen terveyden on todettu olevan ihmisille tärkeä mutta ei välttämättä tärkein terveyden osa-alue. Mielen terveyspalveluihin liitetty maksuhalukkuus jää matalammaksi vertailtaessa moniin somaattisiin sairauksiin. (esim. Matschinger & Angermeyer 2004, 481; O’Shea ym. 2008, 363.) Tästä näkökulmasta mielen terveyspalveluihin suunnattujen resurssien suhteellista niukkuutta verrattuna somaattiseen terveydenhuoltoon voidaan yrittää selittää sillä, että kansalaisten yleinen maksuhalukkuus suhteessa mielen terveyspalveluihin on muita palveluita heikompi. Aineisto-otteelle voidaan siis esittää vastakysymys: Jos resursseja suunnataan mielen terveyspalveluita enemmän somaattiseen terveydenhoitoon, eikö eri hallinnonaloilla nimenomaan olla tietoisia siitä, että kansalaiset pitävät muita terveyden osa-alueita mielen terveyttä arvokkaampana?

Mielen terveys- ja päihdeongelmien yhteiskunnallisen merkityksen korostaminen jää aineistossa toteavalle tasolle, eikä syväluotaavampaa yhteiskunnallis-rakenteellista keskustelua käydä. Helénin ja kumppaneiden mukaan psykiatrian rakennemuutosta ja sen yhteiskunnallisia seurauksia koskeva kokonaiskuva olikin jäänyt 1990-luvun laman ja psykiatris-lääketieteellisen perinteen vahvan aseman seurauksena muodostumatta mielen terveyspoliittiseen keskusteluun, ja näin on syntynyt mielen terveyspoliittinen tyhjiö (Helén ym. 2011, 42–43; 47). Esimerkiksi oheisessa aineisto-otteessa mielen terveys- ja päihdeongelmien kansanterveydellinen merkitys katsotaan suureksi yksikantaisesti sillä perusteella, että suuri osa kansalaisista kärsii niistä. Tarkempaa aiheeseen liittyvää pohdintaa ei esitetä.

*”Viidennes väestöstä kärsii mielenterveys- ja päihdeongelmista ja näiden ongelmien kansanterveydellinen merkitys on suuri.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 19.)

## *Alateema 2. Elämänlaatu*

Alateemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa vähäisesti. Alateemalle tyypillistä on näkemys mielenterveydestä olennaisena osana hyvää ja laadukasta elämää. Sekä tutkimuskirjallisuudessa että tutkimusaineistossa mielenterveyden häiriöillä katsottiin yleisesti olevan negatiivisia vaikutuksia yksilön elämänlaadulle:

*”Masennus vaikuttaa myös työssäkäyvien työn tuottavuuteen ja heikentää heidän elämänlaatuaan.”* (Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011 2008, 11.)

Tutkimuskirjallisuuden perusteella mielenterveydelle asetettu arvo ei välttämättä yllä ihmisten mielissä samalle tasolle somaattiselle terveydelle asetetun arvon kanssa siitä huolimatta, että mielenterveyden häiriöiden tiedostetaan heikentävän elämänlaatua. Esimerkiksi Smithin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa havaittiin, että tutkimushenkilöt arvioivat mielen sairaudet suhteellisesti verrokkina olleita somaattisia sairauksia kuormittavammiksi ja he myös ajattelivat vakavien mielen sairauksien heikentävän elämänlaatua dramaattisesti. Tästä huolimatta summa, jonka he olisivat valmiita maksamaan mielen sairauden välttämiseksi, oli keskimäärin 40 % somaattisia verrokkisairauksia matalampi. (Smith ym. 2012, 319.)

## **6.7 Yleinen mielenterveyttä koskeva talouspuhe**

Tutkimusaineiston analyysivaiheessa havaitsin aineistossa esiintyvän paljon mielenterveyden ja talouden välistä rajapintaa käsittelevää tekstiä, joka ei ollut luokiteltavissa edellä kuvattuihin pää- ja alateemoihin. Tästä aineistosta muodostettiin induktiivisesti aineistolähtöinen pääteema. Tähän pääteemaan kuuluvaksi luokiteltiin sellainen aineisto, joka käsittelee mielenterveyden ja talouden suhteita ottamatta tarkemmin kantaa siihen, mistä talouden tasosta on kyse, tai jossa talouden taso ei ole muuten selkeästi määriteltävissä. Pääteema jaettiin edelleen alateemoihin aineistosta erotettujen näkökulmien perusteella.

## *Alateema 1. Resurssit*

Alateemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon. Aiemmin esitellyissä alateemoissa on esiintynyt myös johonkin talouden tasoon kohdistuvaa resurssipuhetta ja tässä mielessä alateemat ovat keskenään hieman päällekkäisiä. Tästä huolimatta aineistosta nousi esille myös itsenäinen resurssipuheen muoto, jota esiintyi aineistossa melko paljon.

*”Suositusten mukaan mielenterveyspalvelujen kehittämiseen tarvitaan tuntuvaan valtion lisäpanostusta: viidelle vuodelle 2001 - 2005 yhteensä 252 milj. euroa. Palvelujen puutteiden korjaaminen, toimintakäytäntöjen uudistaminen ja uusien toimintojen kehittäminen vaativat edelleen mainitun suuruista panostusta. Alkuna panostukselle oli valtion vuosina 2001 ja 2002 antama erityismääräraha, 22 milj. euroa lasten ja nuorten palvelujen kehittämiseen.”*  
(Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 31.)

Oheinen aineisto-ote on muusta aineistosta poikkeava sikäli, että siinä esitetään selkeitä euronääräisiä taloudellisia vaatimuksia. Tämä ei aineistossa ollut mitenkään tyypillistä. Lisäksi esitetty summa todellakin on merkittävä. Vertailun vuoksi vuonna 2000 perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon menot olivat 38,6 miljoonaa euroa, ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot 517,1 miljoonaa euroa (Matveinen & Knape 2016, liitetaulukko 1). Vaaditun suuruisella lisärahoituksella olisi voitu siis helposti vaikkapa kaksinkertaistaa perusterveydenhuollon mielenterveyshoidon taloudelliset resurssit viideksi vuodeksi. Lisäresurssien tarpeen voi perustella sillä, että mielenterveyspalveluissa palveluiden tarpeen ja tarjonnan välillä vallitsevan palveluvajeen on todettu olevan suurempi kuin muissa terveyspalveluissa (esim. Taipale 1996, 25). Esimerkiksi Matschinger ja Angermeyer (2004, 478; 481) ovat kuitenkin havainneet, että ihmiset ovat haluttomampia suuntaamaan taloudellisia resursseja psykiatristen häiriöiden hoitoon somaattisiin sairauksiin verrattuna. Tämä voi olla yksi syy mielenterveyspalveluiden resurssivajeeseen.

Yleisesti koko aineistolle on ollut jokseenkin tyypillistä sairauskeskeinen ja ongelmalähtöinen suhde mielenterveyteen. Resurssien alaluokassa esiintyi kuitenkin muussa aineistossa vähälle jäänyttä, mielenterveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen mahdollisuuksia korostavia promotio- ja preventionäkökulmia.

*”Myös terveyden edistämiseen ohjattavia määrärahoja kohdistetaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen.”* (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 41.)

Oheinen aineisto-ote tuo esiin mielenterveyden edistämisen näkökulman osana mielenterveyspolitiikkaa. Koska kyse on Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimenpide-ehdotuksesta, konteksti antaa aineisto-otteelle vaatimuksellisen sävyn. Aineisto-ote vaatii yleisesti terveyden edistämiseen kohdistettavan rahoituksen suuntaamista somaattisen terveyden ohella myös enenevässä määrin mielenterveyden ja päihdetyön edistämiseen. Aineisto-otteen voi katsoa edustavan Julkusen (2006, 75) esittämiä johtopäätöksiä julkisen terveydenhuollon heikkenevään rajahyötyyn liittyen. Julkusen esittämien hyvinvointivaltion uusliberalistisen kritiikin argumenttien mukaan lisäpanostukset tulisi kohdistaa sinne, missä tarvetta on eniten ja pienetkin lisäresurssit tuovat merkittävää hyötyä. Kun tämä yhdistetään mielenterveyspalveluiden palveluvajetta koskeviin puheenvuoroihin (esim. Taipale 1996, 25; Lehtinen & Taipale 2000, 114; Lehtinen & Taipale 2005, 362), voidaan aineisto-otteen näkökulmaa pitää perusteltuna.

#### *Alateema 2. Määrittelemätön talouspuhe*

Viimeiseen alateemaan luokiteltua materiaalia esiintyi aineistossa melko paljon. Alateemalle tyypillistä on korostaa yleisellä tasolla mielenterveyden hoidon taloudellista merkitystä.

*”Lasten ja nuorten kohdalla hyvien kasvumahdollisuuksien turvaaminen, ongelmia ehkäisevä toiminta ja varhainen ongelmiin puuttuminen ovat erityisen tärkeitä sekä inhimillisesti että taloudellisesti.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 19.)

Aineisto-ote esittää preventiivisen mielenterveystyön paitsi inhimillisesti, myös taloudellisesti tehokkaana toimintatapana. Taloudellisia perusteita preventiiviselle toiminnalle on löydettävissä tutkimuskirjallisuudesta, sillä mielenterveyteen investoimisen on kotimaisessakin tutkimuksessa katsottu olevan taloudellisesti kannattavaa (esim. Reini 2016, 42–43). Korostaessaan kasvumahdollisuuksia ja ennaltaehkäisyä aineisto-otteen voi katsoa toisintavan 1970- ja 1980-luvuilla virinnyttä sosiaalipsykiatrista keskustelua. Tuolloin mielenterveystyön rooli alettiin nähdä mielenterveysongelmien lääketieteellisen hoitamisen lisäksi myös



ennaltaehkäisyyn ja torjuntaan erilaisten interventioiden ja valistuksen avulla tähtäävänä ehkäisevänä työnä, jossa mielenterveystyö ja sosiaalipolitiikka kytkeytyvät yhteen. (Helén ym. 2011, 19–20.)

Toinen alateemalle tyypillinen piirre on korostaa yhteistä yhteiskunnallista vastuunkantoa väestön mielenterveyden tukemisesta. Seuraavassa aineisto-otteessa esiintyy huoli mielenterveyspalveluiden jatkuvuudesta ja rahoituksen tilapäisyydestä.

*”Valtiovallan tulee huolehtia siitä, että kansalaisten tarvitsemat palvelut turvataan julkisesti tuotettuina ja/tai ohjattuina eikä jätetä niitä tilapäisten rahoitusten, projektien tai kansalais-toiminnan vastuulle.”* (Immonen, Kiikkala & Ahonen 2003, 34.)

Lainauksessa esitetty ilmiö – mielenterveystyön ja sen rahoituksen projektiluontoisuus – voitaneen perustellusti liittää mielenterveyspolitiikan hallinnallistumiskehitykseen. (Miller & Rose 2008, 28; 32; Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135). Hallinnallistumiseen liittyvän markkinarationaliteettien leviämisen terveydenhoidon alueelle on katsottu sitovan toimijat budjeteista, standardeista, riskinhallinnasta ja arvioinneista koostuvan hallinnan alaisuuteen. (Miller & Rose 2008, 32). Kotimaisessa tutkimuskirjallisuudessa on todettu mielenterveyspolitiikasta tulleen kunnallistumiskehityksen seurauksena kunnan budjettikauden mittaista ostamista ja myymistä, jonka seurauksena kokonaisvaltainen palvelujen koordinaatio on rapautunut. Hoitojärjestelmän kehittämistyön on myös katsottu pirstoutuneen yksittäisiin koulutushankkeisiin ja projekteihin. (Hämäläinen & Metteri 2011, 126–135.) Avuksi tähän kaivataan valtiota, joten tässä mielessä aineisto-ote näyttää haikailevan takaisin vanhan, valtion normiohjaukseen perustuvan mielenterveyspolitiikan aikaan (vrt. Hyvönen, 2008, 242; Hämäläinen & Metteri 2011, 114).

## 7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää taloudellisten näkökulmien ilmenemistä suomalaisessa mielenterveyspolitiikassa. Tarkastelun kohteena olivat taloudellisen keskustelun kohdentuminen sekä mielenterveyden ja talouden välinen suhde. Aineiston perusteella tutkimusasetelman lähtöoletus mielenterveyspoliittisen keskustelun sairaus-, häiriö- ja siten myös kustannuspainotteisuudesta näyttäisi pitävän paikkansa. Tutkimusaineistossa puhutaan hyvin vähän investoinneista tai positiivisen mielenterveyden tuomista positiivisista talousvaikutuksista, ja lähtökohdiltaan taloudellinen ajattelu on kustannuskeskeistä. On siis mahdollista, että suomalaisen mielenterveyspolitiikan häiriökeskeisyys näkyy mielenterveyspolitiikan talousajattelussa kustannusnäkökulman dominanssina. (vrt. Helén ym. 2011, 48.)

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja sen käsitteet ovat laajoja ja epätasällisyydes-  
sään helposti kyseenalaistettavia. Tutkimukselle ominaista onkin samanlainen käsitteellinen epätarkkuus, josta Suhrcke ja kumppanit (2012, 61–62) mainitsevat. Tästä epätarkkuudesta ei liene yhtäältä mahdollista, ja toisaalta mielekästäkään pyrkiä täysin eroon sikälikään, kun tutkimusote on konstruktivistinen eikä kielen ja todellisuuden välillä katsota olevan täydellistä vastaavuutta (vrt. Eskola & Suoranta 2008, 140–141; Metsämuuronen 2008, 12). Lisäksi käsillä olevassa tutkimuksessa käsitteiden keskeinen tehtävä oli tarjota välineitä ilmiöiden tarkasteluun, ei niinkään esittää eksaktia ilmiön kuvausta.

Tutkimuksen käsitteellisiä haasteita konkretisoi vertailu *Cost-of-Illness*-tutkimuksen käsitteisiin: suorat ja epäsuorat kustannukset jakautuvat kahteen toisistaan erilliseen kustannuserään ja ne voidaan ainakin teoriassa laskea yhteen niin sanotuiksi kokonaiskustannuksiksi. COI-tutkimuksen käsitteet ovat siis rinnakkaisia. Tämän tutkimuksen käsitteet ovat kuitenkin sisäkkäisiä, jolloin suppeampi käsite sisältyy aina laajempaan.

Aina ei myöskään ole mahdollista todeta yksiselitteisesti, mikä taso milloinkin on kyseessä. Esimerkiksi mikro- ja makrotaloudellisten tasojen erottaminen toisistaan oli paikoin hyvin haastavaa, ja se kuuluukin tämän tutkimuksen puutteisiin. Luultavasti tästä syystä Suhrcke ja kumppanit (2012, 62) ovat pitäneet mikro- ja makrotaloudelliset kustannukset yhtenä käsitteellisenä tasona. Edelleen, mikro- ja makrotaloudelliset tasot ovat lähellä COI-tutkimuksen epäsuorien kustannusten käsitettä, vaikka poikkeavat siitä näkökulmaltaan. Esimerkiksi tuottavuuden heikkeneminen voi ilmetä sekä mikrotalouden että makrotalouden

tasolla. Mikro- ja makrotasojen erottaminen toisistaan oli kuitenkin tämän analyysin kannalta perusteltua, sillä aineisto jakautui näihin teemoihin yleisesti ottaen luontevasti.

Teoreettisen viitekehysten ohella myös yleinen tutkimusasetelma oli melko laaja, sillä tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan mielenterveyspolitiikan sisällöllisiä teemoja peilaten niitä aiheesta tehtyyn terveystaloustieteelliseen tutkimukseen. Koska teoreettinen viitekehys sisällytti tutkimukseen useita talouden tasoja, myös tutkimuskirjallisuuden tarkasteluun sisältyi väistämättä hyvin paljon erilaisia näkökulmia. Tämä puolestaan on tuottanut joitakin tutkimuksellisia puutteita, kuten esimerkiksi yritysten tuottavuuteen liittyvän tutkimuskirjallisuuden puuttuminen tarkastelusta. Tässä mielessä tehokkaamman tarkastelutavan olisi voinut tarjota tutkimusasetelman tarkempi rajaaminen.

Ylipäättään talouden tasoista muodostettu teoreettinen viitekehys kuitenkin palveli aineiston analyysiä jokseenkin hyvin, sillä lähes kolme neljäsosaa koko aineistosta sijoittui teorialähtöisesti muodostettuihin pääteemoihin. Keskittyminen laajemmin talouden tasoihin pelkkien kustannuskäsitteiden (Suhrcke ym. 2012) sijaan auttoi sisällyttämään tutkimukseen koko mielenterveyteen liittyvän taloudellisen keskustelun skaalan paremmin, sillä aineistossa esiintyi paitsi positiiviseen mielenterveyteen (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 8) viittaavaa materiaalia myös muunlaista taloudellista puhetta, joka ei ollut tulkittavissa kustannuskeskeiseksi.

Tutkimusaineiston määrällisen jakautumisen perusteella näyttää siltä, että taloudellista keskustelua esiintyy enemmän suppeampien ja konkreettisten talouden tasoa kuvaavien käsitteiden (terveydenhuollon talous ja mikrotalous) kohdalla, ja käsitteiden laajentuessa ja abstraktiotason kasvaessa (makrotalous, yhteiskunnan hyvinvointi) keskustelua esiintyy vähemmän. Teorialähtöisesti muodostetuista pääteemoista määrällisesti suurimmat pääteemat olivat mikrotalous (N = 35) ja terveydenhuollon talous (N = 21), eli ne näyttivät aiheuttavan eniten keskustelua aineistossa.

Vaikuttaa siis siltä, että suppeamman ja konkreettisemmän taloudellisen tason näkökulmiin tartutaan abstrakteja tasoja useammin. Tämä on mahdollista tulkita siten, että aineisto tukee Suhrcken ja kumppaneiden (2012, 62) esittämiä näkemyksiä. Heidän mukaansa poliittiset päättäjät ovat tietoisia terveydenhuollon kustannuksista, ja mikrotaloudellisista kustannuksista puolestaan ollaan taloustieteen piirissä jokseenkin yksimielisiä. Toisaalta näiden pääteemojen esiintyvyys voi johtua myös esimerkiksi siitä, että ihmisten on yksinkertaisesti helpompi ymmärtää konkreettisemmalla tasolla tapahtuvaa keskustelua.

Terveydenhuollon talouden ja mikrotalouden pääteemoissa käsiteltiin siis enemmän talouden vaikutuksia mielenterveyteen, eli näissä pääteemoissa kausaalisuhteet ilmeni pääasiassa taloudesta kohti mielenterveyttä. Tätä edustivat alateemat terveydenhuollon talouden vaikutus mielenterveyteen (N=15) sekä mikrotalouden vaikutukset mielenterveyteen (N=16). Korostuneiden alateemojen aineisto käsitteli pääasiassa terveydenhuollon niukkoja resursseja sekä kotitalouksien toimeentulon ja sen vaikeuksien vaikutuksia ihmisten mielenterveydelle.

Tilanne oli päinvastainen makrotalouden pääteemassa, eli mielenterveyden tai sen häiriöiden nähtiin vaikuttavan talouteen pääasiassa heikentyneen tuottavuuden ja työkyvyttömyyden seurauksena. Pelkistään voidaan siis ajatella aineistossa esiintyvän päättelyketjun etenevän siten, että mielenterveyspalveluiden niukat resurssit sekä kotitalouksien toimeentulo-ongelmat vaikuttavat negatiivisesti ihmisten mielenterveyteen, ja mielenterveyden häiriöt puolestaan vaikuttavat negatiivisesti kansantalouteen.

Työelämään osallistumisella ja työttömyydellä oli aineistossa keskeinen rooli. Erityisesti mikro- ja makrotalouden pääteemoissa ihmisten työelämäosallisuutta pidettiin tärkeänä paitsi taloudellisista, myös sosiaalisista ja psykologisista syistä. Työelämään osallistuminen nähtiin jopa osana mielenterveyden häiriöstä toipumista. Taloudellisesta näkökulmasta työelämään osallistumista tai osallistumatta jättämistä pidettiin keskeisenä paitsi yksilön oman toimeentulon, myös yritysten tuottavuuden ja esimerkiksi julkisen talouden kannalta.

Suuri osa aineistosta lukeutui aineistolähtöiseen yleisen mielenterveyttä koskevan puheen pääteemaan (N = 28). Tämä pääteema ei ollut sisäisesti erityisen yhtenäinen, mutta sen sisään muodostettiin aineistolähtöisesti resurssipuhetta sisältävä resurssit-alateema. Eräs keskeinen piirre paitsi tässä pääteemassa, myös koko tutkimusaineistossa, olikin resurssipuhe. Resurssipuhe kohdistui resurssinjakoon sekä eri palvelusektoreiden välillä että mielenterveyspalvelujärjestelmän sisällä, ja sille ominaista on lisäresurssien vaatiminen ja perusteiden esittäminen lisäresurssien tarpeelle. Resurssipuhetta esiintyi melko taajaan koko aineistossa, joten tässä mielessä kaikki teemat ovat toistensa kanssa hieman päällekkäisiä. Aineistolähtöistä analyysitapaa sovellettaessa olisi resurssipuheesta mahdollisesti syntynyt oma pääteemansa.

Resurssipuheen ja mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnallisen merkityksen osalta sekä tutkimuskirjallisuudessa (esim. Taipale 1996, 25; Lehtinen & Taipale 2000, 114; Hyvönen 2008, 243; Wahlbeck ym. 2018, 12) että aineistossa esiintyi ristiriita olemassa olevien resurssien ja palvelutarpeen tai mielenterveydelle asetetun arvon välillä. Toisin sanoen mielenterveys katsottiin arvokkaaksi ja yhteiskunnallisesti tärkeäksi asiaksi, mutta resurssit sen

edistämiseen ja häiriöiden hoitoon nähtiin liian pieniksi. Maksuhalukkuustutkimusten perusteella halu panostaa mielenterveyshoitoon taloudellisesti jää usein kuitenkin ihmisten mielissä somaattista terveyttä vähäisemmäksi (Matschinger & Angermeyer 2004, 478; O’Shea ym. 2008, 363; Smith ym. 2012, 319), joskaan tutkimus ei kohdistu Suomeen ja toisenlaistakin näyttöä on olemassa (Unützer ym. 2003, 343). Tämä saa kuitenkin kysymään, että jos ihmisten maksuhalukkuus mielenterveyspalveluiden kohdalla on heikompi kuin somaattisen terveydenhuollon osalta, eikö mielenterveyspalveluiden matalampi resursointi nimenomaan ole tällöin perusteltua?

Eräs tutkimuksen kannalta merkillepantava seikka oli, että numeeristen arvioiden esiintyminen jäi aineistossa hyvin vähäiseksi. Muutamien tilastolukujen lisäksi koko aineistosta löytyi ainoastaan yksi euromääräinen investointiesitys, ja esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä johtuvasta työkyvyttömyydestä aiheutuvista kustannuksista mainittiin vain harvoin numeerisesti. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamista kustannuksista puhuttaessa näiden todettiin usein olevan suuria tai mittavia – tarkemmin kokoluokkaa mainitsematta. Tämä herättää pohtimaan, millä perustein suomalaista mielenterveyspolitiikkaa ohjataan ja kuinka pitkälti päätöksenteko ylipäättään perustuu kustannusten arviointiin ja laadukkaisiin tilastolaskelmiin.

Sikäli kun mielenterveyden häiriöiden taloudellisten vaikutusten ja mielenterveystyön resurssien terveystaloustieteellinen tutkimus on Suomen osalta ollut vähäistä (esim. Helén ym. 2011, 41; Wahlbeck ym. 2018, 95), on jatkotutkimuksen tarve näillä alueilla ilmeinen. Mielenterveystyön julkistaloudellisen rajahyödyn tilan selvittäminen voisi tuottaa uutta tietoa resurssien suuntaamisen tueksi. Jatkotutkimuksen tehtäväksi jää myös selvittää, missä määrin taloudellista vaikuttavuutta koskevaa tutkimusta ja tilastotietoa ylipäättään hyödynnetään mielenterveyspoliittisessa ohjauksessa.

Myös yhteiskunnan hyvinvoinnin pääteema jäi hyvin ohueksi ja toteavaksi puheeksi mielenterveyden arvosta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä, eikä mielenterveyden merkitystä tai mielenterveyspalveluiden tämänhetkistä tilaa juuri asemoitu missään suhteessa esimerkiksi historialliseen kehitykseen tai muuhun terveydenhuollon kenttään. Ei voi olla pohtimatta, olisiko tässä mitäänsanomattomuuden ilmiössä kyse Helénin ja kumppaneiden kuvaamasta mielenterveyspoliittisesta tyhjiöstä, jossa psykiatrian rakennemuutosta ja sen yhteiskunnallisia seurauksia koskeva kokonaiskuva jäi muodostumatta ja yhteiskunnallinen ja sosiaalinen ulottuvuus hämärtyivät mielenterveyspoliittisessa keskustelussa. (Helén ym. 2011, 42–43; 47.)

Helénin ja kumppaneiden mukaan (2011, 22–23) mielenterveystyössä palattiin 1980-luvulla yhteiskunnallis-rakenteellisista näkökulmista takaisin psykiatris-lääketieteellisiin ajattelutapoihin ja suuria kansallisia psykiatrian tutkimus- ja kehityshankkeita lähdettiin toteuttamaan nimenomaan lääketieteelliseltä pohjalta. Käytännön mielenterveystyötä toteutetaan edelleenkin pääosin lääketieteellisistä lähtökohdista. Aineiston perusteella näyttää kuitenkin siltä, etteivät psykiatris-lääketieteelliset kysymykset ole 2000-luvun alun mielenterveyspoliittisissa hankkeissa kovinkaan keskeisessä asemassa ja että ne ovat jopa jokseenkin epäolennaisia. Tässä mielessä näyttää siltä, että hallinnallisuusteoretisoinnin mukaisesti mielenterveystyön professionaaliset ja muut sisällölliset kysymykset ovat todellakin niin sanotusti ”epäpoliittisia” ja irrallaan palvelujärjestelmän toimintaan ja normatiivisiin kannottoihin keskittyvästä ylätason mielenterveyspolitiikasta.

Hallinnallisuuden käsite toimi tutkimuksessa väljänä tulkintaa tukevana viitekehyksenä. Tutkimuksessa ei lähdetty selvittämään varsinaisesti mielenterveyspolitiikan hallinnallistumista. Tutkimus on lähtökohdiltaan latautunut talousnäkökulmansa vuoksi: sikäli kun esimerkiksi taloudelliseen hallintaan, markkinalähtöisyyteen sekä tulosohtaukseen liittyvät toimintatavat voidaan mieltää hallinnan prosesseiksi tai tekniikoiksi (vrt. Miller & Rose 2008, 28; 32; Dean 2010, 127; 252) ja siten ilmentävän hallinnallistumista, hallinnallisuus on väistämättä sisäänrakennettu elementti tutkimuksessa, joka käsittelee mielenterveyspolitiikkaa nimenomaan taloudellisesta näkökulmasta. Näin ollen tutkimus tarkastelee hallinnallistumista eräällä tavalla ikään kuin ilmiön sisältä.

Hallinnallisuutta ilmentäviksi tulkittuja aiheita esiintyi teorialähtöisistä pääteemoista vain terveydenhuollon talouden pääteemassa ja tämän lisäksi yleisen mielenterveyttä koskevan talouspuheen pääteemassa. Aineistossa kritisoitiin tulosjohtamiskäytäntöjä sekä esitettiin palveluiden ja rahoituksen jatkuvuutta ja koherenssia vastaukseksi lyhytjänteisen ja projektiluontoisen hallintokulttuurin tilalle. Kritiikin voitaneen tulkita kohdistuvan siis hallinnallistumiskehityksen seurauksiin, jotka aineiston perusteella ovat epätoivottavia. Paikoin aineistossa kaivattiin jopa palveluiden valtiollista ohjausta, josta aikanaan siirryttiin pois kunnallistumisen myötä.

Joitakin viitteitä uudenlaisesta suhtautumisesta mielenterveyden talouskysymyksiin tuntuu olevan havaittavissa. Esimerkiksi YhdessäMielin-hankkeen loppuraportti poikkesi tämän tutkimuksen tutkimusaineistona käytetyistä hankeraporteista sikäli, että se kiinnittää melko laajaa huomiota taloudellisiin näkökulmiin ja interventioiden kustannusvaikuttavuuteen (Wahlbeck ym. 2018, 83-95; 122-123). Kuten jo todettua, myös sosiaali- ja terveyden-

huollon uudistusta koskevissa asiakirjoissa on esiintynyt joitakin viitteitä taloudellisiin näkökulmiin liittyen (HE 16/2018, 162; 170). Tulevaisuuden näytettäväksi ja jatkotutkimuksen selvitettäväksi jää, mihin suuntaan suomalainen mielenterveyspolitiikka tulee kehittymään.

## LÄHTEET

- Achté, Kalle (1993): Psykiatrian historiaa. Teoksessa Achté, Kalle, Alanen, Yrjö & Tiernari, Pekka. Psykiatria 1. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Burns, Jonathan K. (2015): Poverty, inequality and a political economy of mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Vol. 24(2). (107–113.) Saatavilla <[https://www.researchgate.net/publication/273326710\\_Poverty\\_inequality\\_and\\_a\\_political\\_economy\\_of\\_mental\\_health/download](https://www.researchgate.net/publication/273326710_Poverty_inequality_and_a_political_economy_of_mental_health/download)>, luettu 14.2.2019.
- Contoyannis, Paul & Rice, Nigel (2001): The impact of health on wages: Evidence from the British Household Panel Survey. *Empirical Economics* 2001. Vol. 26(4). (599–622).
- Corrigan, Patrick W. & Watson, Amy C. (2003): Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric Services*. Vol. 54(4). (501–507.) Saatavilla <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12663837>>, luettu 1.3.2019.
- Dean, Mitchell (2010): Governmentality. Power and rule in modern society. London: SAGE Publications Ltd.
- Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (2011): Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln Yvonna S. (toim.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd. (1–17.)
- Eskola, Jaakko & Taipale, Vappu (2011): Mielenterveyspolitiikka terveystalouden keskiöön. *Yhteiskuntapolitiikka*. Vol. 76:(2). (181-191.) Saatavilla <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102923/eskola.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>, luettu 1.3.2019.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2008): Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Foucault, Michel (1991): Governmentality. Teoksessa Burchell, Graham, Gordon, Colin & Miller, Peter. *The Foucault effect. Studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester Wheatsheaf. (87–104.)
- Frijters, Paul, Johnston, David W. & Shields, Michael A. (2010): Mental Health and Labour Market Participation: Evidence from IV Panel Data Models. Bonn: The Institute for the Study of Labor (IZA). Saatavilla <[https://www.researchgate.net/profile/Paul\\_Frijters/publication/46442816\\_Mental\\_Health\\_and\\_Labour\\_Market\\_Participation\\_Evidence\\_from\\_IV\\_Panel\\_Data\\_Models/links/53e42b3f0cf25d674e94b85-d/Mental-Health-and-Labour-Market-Participation-Evidence-from-IV-Panel-Data-Models.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Paul_Frijters/publication/46442816_Mental_Health_and_Labour_Market_Participation_Evidence_from_IV_Panel_Data_Models/links/53e42b3f0cf25d674e94b85-d/Mental-Health-and-Labour-Market-Participation-Evidence-from-IV-Panel-Data-Models.pdf?origin=publication_detail)>, luettu 1.3.2019.



- Fritzell, Johan & Lundberg, Olle (2005): Fighting Inequalities in Health and Income: One Important Road to Welfare and Social Development. Teoksessa Kangas, Olli & Palme, Joakim (toim.). Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries. London: Palgrave Macmillan. (164-185.)
- HE 15/2017 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Saatavilla <<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2017/20170015>>, luettu 7.7.2017.
- HE 16/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Saatavilla <<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016>>, luettu 6.1.2019.
- Hansson, Aino-Inkeri (2002): Selvitys sosiaali- ja terveystalouden ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8. Saatavilla <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71344/TRM200208.pdf?sequence=1>>, luettu 1.3.2019.
- Heikkinen-Peltonen, Riitta, Innamaa, Marja & Virta, Marjut (2010): Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Helén, Ipo (2004): Hyvinvointi, vapaus ja elämän politiikka: foucaultilainen hallinnan analytiikka. Teoksessa Rahkonen, Keijo (toim.). Sosiologia nykykeskusteluja. Helsinki: Gaudeamus.
- Helén, Ipo (2011): Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa Helén, Ipo (toim.). Reformin pirstaleet. Mielenterveystalouden politiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino. (153–181.)
- Helén, Ipo, Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011): Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helén, Ipo (toim.). Reformin pirstaleet. Mielenterveystalouden politiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino. (11–69.)
- Huttunen, Jussi (2015): Mitä terveys on? Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk-00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk-00903)>, luettu 30.5.2017.
- Huttunen, Matti O. (2015): Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002)>, luettu 30.5.2017.
- Hyvönen, Juha (2008): Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 440. Kuopio: Kuopion yliopisto. Saatavilla <[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1057-7/urn\\_isbn\\_978-951-27-1057-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1057-7/urn_isbn_978-951-27-1057-7.pdf)>, luettu 1.3.2019.

- Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna (2011): Uusi hallinnointi ja mielenterveyspolitiikan tyhjeneminen – Pirkanmaan tapaus. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.). Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino. (111–152.)
- Immonen, Kiikkala ja Ahonen (toim.) (2003): Mielekäs Elämä! –ohjelman toimenpidesuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:9. Saatavilla <[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69976/me\\_suositukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69976/me_suositukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>, luettu 1.3.2019.
- Julkunen, Raija (2006): Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Kapiainen, Satu, Seppälä, Timo T., Häkkinen, Unto, Lauharanta, Jorma, Roine Risto P., Korppi-Tommola, Marja (2010): Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL Avauksia 3/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80171/8645f919-c88b-4272-af87-b8fe7cd59152-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>, luettu 1.3.2019.
- Kiiskinen, Urpo, Teperi, Juho, Häkkinen, Unto, & Aromaa, Arpo (2005): Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset. Teoksessa Aromaa, Arpo, Huttunen, Jussi, Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.). Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. (421–432.)
- Knapp, Martin, McDaid, David & Parsonage, Michael (toim.) (2011): Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health. Saatavilla <[http://eprints.lse.ac.uk/39300/1/Mental\\_health\\_promotion\\_and\\_mental\\_illness\\_prevention\(author\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/39300/1/Mental_health_promotion_and_mental_illness_prevention(author).pdf)>, luettu 1.3.2019.
- Larg, Allison & Moss, John R. (2011): Cost-of-Illness Studies. A Guide to Critical Evaluation. Pharmacoeconomics 2011. Vol. 29(8). (653–671.)
- Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu (2000): Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Uusitalo, Hannu, Parpo, Antti & Hakkarainen, Anni (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 250. (99–120.) Saatavilla <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76255/Raportteja250.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>, luettu 25.2.2019.
- Lehtinen, Ville & Taipale, Vappu (2005): Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Teoksessa Aromaa, Arpo, Huttunen, Jussi, Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.). Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. (361–366.)
- Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2011): Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. (12–31.)
- Lund, Crick, Breen, Alison, Flisher, Alan J., Kakuma, Ritsuko, Corrigall, Joanne, Joska, John A., Swartz, Leslie & Patel, Vikram (2010): Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science &

- Medicine. Vol. 73(3). (517–528.) Saatavilla <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991761/>>, luettu 1.3.2019.
- Lund, Thomas, Hansen, Claus D., Andersen, Johan Hviid & Labriola, Merete (2015): Mental health in childhood as risk indicator of labour market participation in young adulthood. *European Journal of Public Health*. Vol. 25(3). (53–54.) Saatavilla <[https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl\\_3/ckv168.055/2578037](https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_3/ckv168.055/2578037)>, luettu 1.3.2019.
- Luomahaara, Jaakko, Vuorinen, Marja & Naarala, Mikko (2000): Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut. Aiheita-monistesarja 7/2000. Stakes. Helsinki 2000.
- Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011 (2008): Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41. Saatavilla <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70555/Selv200841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>, luettu 1.3.2019.
- Matschinger, Herbert & Angermeyer, Matthias C. (2004): The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry*. Vol. 19(8). (478–482.)
- Matveinen, Petri (2018): Terveysthuollon menot ja rahoitus 2016. Tilastoraportti 20/2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20\\_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136604/Tr20_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y)>, luettu 12.2.2019.
- Matveinen, Petri & Knape, Nina (2016): Terveysthuollon menot ja rahoitus 2014. Tilastoraportti 13/2016. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130783/Tr13\\_16\\_FI\\_SV\\_EN.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130783/Tr13_16_FI_SV_EN.pdf)>, luettu 12.2.2019.
- McDaid, David & Park, A-la (2011): Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*. Vol. 26(1). (i108–i139.) Saatavilla <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471444/>>, luettu 12.2.2019.
- Metsämuuronen, Jari (2008): Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Alueuudistus.fi -sivusto. Saatavilla <<https://alueuudistus.fi/mielenterveys-ja-paihteet>>, luettu 6.1.2018.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009): Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavilla <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1>>, luettu 12.2.2019.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. Saatavilla <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>, luettu 12.2.2019.
- Miller, Peter & Rose, Nikolas (2010): Miten meitä hallitaan. Tampere: Vastapaino.

- Morey, Edward, Thatcher, Jennifer & Craighead, W. Edward (2007): Patient preferences for depression treatment programs and willingness to pay for treatment. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. Vol. 10(2). (73–85.) Saatavilla <[https://www.researchgate.net/publication/6234763\\_Patient\\_preferences\\_for\\_depression\\_treatment\\_programs\\_and\\_willingness\\_to\\_pay\\_for\\_treatment/download](https://www.researchgate.net/publication/6234763_Patient_preferences_for_depression_treatment_programs_and_willingness_to_pay_for_treatment/download)>, luettu 14.2.2019.
- O’Shea, Eamon, Gannon, Brenda & Kennelly, Brendan (2008). Eliciting preferences for resource allocation in mental health care in Ireland. *Health Policy*. Vol. 88(2–3). (359–370.)
- Paul, Karsten I. & Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*. Vol. 74(3). (264-282.)
- Pensola, Tiina, Gould, Raija & Polvinen, Anu (2010): Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 2010:16. Saatavilla <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72717/URN%3aNB%3afi-fe201504225040.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>, luettu 1.3.2019.
- Pilgrim, David (2014): *Key Concepts in Mental Health*. London: Thousand Oaks.
- Pohjola Matti (2012): *Taloustieteen oppikirja*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Pollitt, Christopher & Bouckaert, Geert (2011): *Public Management Reform. A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. New York: Oxford University Press Inc.
- Reini, Kaarina (2016): Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 208. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavilla <[https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-678-4.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-678-4.pdf)>, luettu 14.2.2019.
- Ricketts, Comfort F., Rezek, Jon P., Campbell, Randall C. (2013): The influence of individual health outcomes on individual savings behavior. *The Social Science Journal*. Vol. 50(4). (471–481.)
- Rissanen, Mikko & Kaseva, Elina (2014): Menetetyn työpanoksen kustannus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 2014:16. Saatavilla <<http://stm.fi/documents/1271139/1332445/Menetetyn+ty%C3%B6panoksen+kustannus+2+%282%29+%282%29.pdf/63af9909-0232-474d-bf2e-aa4c50936c33>>, luettu 6.6.2017.
- Ryynänen, Olli-Pekka, Kinnunen, Juha, Myllykangas, Markku, Lammintakanen, Johanna & Kuusi, Osmo (2004): Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004. Saatavilla <[https://www.eduskunta.fi/fi/tietoeduskunnasta/julkaisut/documents/ekj\\_8+2004.pdf](https://www.eduskunta.fi/fi/tietoeduskunnasta/julkaisut/documents/ekj_8+2004.pdf)>, luettu 14.2.2019.

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2013): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salo, Markku (2011): Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.). Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino.
- Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää. Alueuudistus.fi -sivusto. Saatavilla <[https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa](https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa)>, luettu 20.4.2019.
- Smith, Dylan M., Damschroder, Laura J., Kim, Scott Y.H. & Ubel, Peter A. (2012): What's it worth? Public willingness to pay to avoid mental illnesses compared with general medical illnesses. *Psychiatric Services*. Vol. 63(4). (319–324.) Saatavilla <[https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201000036?url\\_ver=Z39.-88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201000036?url_ver=Z39.-88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&)>, luettu 14.2.2019.
- Sosiaali- ja terveystalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu. Alueuudistus.fi -sivusto. Saatavilla <[https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/1271139/sosiaali-ja-terveystalvelujen-on-vastattava-ihmisten-tarpeisiin-ja-yhteiskunnan-muutoksiin-palvelujen-uudistaminen-jatkuu](https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/sosiaali-ja-terveystalvelujen-on-vastattava-ihmisten-tarpeisiin-ja-yhteiskunnan-muutoksiin-palvelujen-uudistaminen-jatkuu)>, luettu 20.4.2019.
- Stankunas, Mindaugas, Kalediene, Ramune, Starkuviene, Skirmante & Kapustinskiene, Violeta (2006): Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health* Vol. 6(1). (174.) Saatavilla <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1526724/pdf/1471-2458-6-174.pdf>>, luettu 14.2.2019.
- Stenvall, Jari & Syväjärvi, Antti (2006): ONKS TIETOO? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset, 3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Suhrcke, Marc, Sauto Arce, Regina, McKee, Martin & Rocco, Lorenzo (2012): Economic costs of ill health in the European Region. Teoksessa Figueras, Josep & McKee Martin (toim.). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press Saatavilla <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19262en/s19262en.pdf>>, luettu 14.2.2019.
- Taipale, Vappu (1996): Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Torkki, Paulus, Leskelä, Riikka-Leena, Maksimainen, Anna, Niemelä, Pyry, Koukkula, Lari, Torvinen, Anna, Mulari, Mikko, Välimaa, Norma & Rimpelä, Matti (2016): Sote-palvelujen kehittämis- ja säästöpotentiaalın arviointi. Valtioneuvoston selvitys-

- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016. Valtioneuvoston kanslia. Saatavilla <<https://tietokayttoon.fi/documents/10616/1266558/Sote-palveluiden+kehitt%C3%A4mis-+ja+s%C3%A4%C3%A4st%C3%B6potentiaalin+arviointi+%2B+liite/070196e5-69da-42b4-9401-5e8ea9a6f78b?version=1.0>>, luettu 25.2.2019.
- Unützer, Jürgen, Katon, Wayne J., Russo, Joan, Simon, Gregory, Von Korff, Michael, Lin, Elizabeth, Walker, Edward, Ludman, Evette & Bush, Terry (2003): Willingness to Pay for Depression Treatment in Primary Care. Psychiatric Services. 2003. Vol. 54(3). (340–345.) Saatavilla <[https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.54.3.340?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.54.3.340?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)>, luettu 25.2.2019.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009): Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009. Saatavilla <<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/07/02151738/mielenterveyspalveluja-ohjaavan-lainsaadannon-toimi-194-2009.pdf>>, luettu 25.2.2019.
- Valto. Valtioneuvoston julkaisuarkisto. Saatavilla <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/>>, luettu 19.4.2019.
- Wahlbeck, Kristian, Hietala, Outi, Kuosmanen, Lauri, McDaid, David, Mikkonen, Juha, Parkkonen, Johannes, Reini, Kaarina, Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni (2018): Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Saatavilla <[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin\\_valmis.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf)>, luettu 25.2.2019.
- WHO (2001): The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneve: WHO. Saatavilla <[https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)>, luettu 25.2.2019.
- WHO (2007): Strengthening mental health promotion. Fact sheet No. 220. Geneve: WHO. Saatavilla <<https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf>>, luettu 25.2.2019.
- WHO (2014): Constitution of the World Health Organization. Teoksessa WHO. Basic Documents. Forty-eighth edition. Geneve: WHO. Saatavilla <[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>, luettu 24.5.2017.
- Winefield, Anthony H., Tiggemann, Marika & Winefield, Helen R. (1990): Factors moderating the psychological impact of unemployment at different ages. Personality and Individual Differences. Vol. 11(1). (45-52.)