

**KANSALLINEN MIELENTERVEYSSTRATEGIA
JA ITSEMURHIEN EHKÄISYOHJELMA
2020-2030**

Sisällys

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO - VALMISTELUPROSESSI..... | 3 |
| 2 MIKSI SUOMESSA TARVITAAN MIELENTERVEYSSTRATEGIAA? | 3 |
| 2.1 Mitä tarkoitetaan mielenterveydellä, psyykkisellä hyvinvoinnilla, psyykkisillä sairauksilla? Mielenterveysstrategiassa käytettyjä käsitteitä..... | 4 |
| 2.2 Mielenterveys lukuina | 6 |
| 3 MIELENTERVEYSLINJAUKSET | 9 |
| 3.1 Mielenterveys pääomana | 9 |
| 3.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa | 12 |
| 3.3 Mielenterveysoikeudet..... | 16 |
| 3.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut | 19 |
| 3.5. Hyvä mielenterveysjohtaminen..... | 24 |
| 4 Seuranta, toimenpiteet, mittarit, kustannukset..... | 27 |
| 4.1 Vuosille 2020-2023 priorisoidut toimenpide-ehdotukset..... | 27 |
| 4.2 Seuranta ja ehdotukset mittareiksi | 27 |
| 4.3 Kustannukset | 27 |
| Viitteet..... | 27 |
| 5 ITSEMURHIEN EHKÄISYOHJELMA | 30 |
| Perustelut ohjelman tarpeelle..... | 32 |
| Ehdotukset ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi | 32 |
| Asenteiden muokkaaminen..... | 32 |
| Itsemurhakeinoihin vaikuttaminen | 33 |
| Varhaistuen tarjoaminen..... | 33 |
| Riskiryhmien tukeminen..... | 33 |
| Hoidon kehittäminen..... | 34 |
| Mediaosaamisen lisääminen | 35 |
| Tutkimuksen vahvistaminen..... | 35 |
| Seuranta, mittarit, kustannukset..... | 36 |
| Itsemurhien ehkäisyohjelman seuranta ja ehdotukset mittareiksi (kirjoitetaan myöhemmin) | 36 |
| Kustannukset (kirjoitetaan myöhemmin)..... | 36 |
| Viitteet, Itsemurhien ehkäisyohjelma: | 36 |

1 JOHDANTO - VALMISTELUPROSESSI

(kirjoitetaan myöhemmin)

2 MIKSI SUOMESSA TARVITAAN MIELENTERVEYSSTRATEGIAA?

Mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa on kasvanut. Hyvä mielenterveys on yhä tärkeämpi voimavara. Se tukee tasapainoista elämää ja luo edellytyksiä toimia erilaisten yhteisöjen osana. Elämän eri osa-alueilla tehtävien valintojen mahdollisuus ja toisaalta välttämättömyys ovat lisääntyneet, minkä vuoksi psyykkinen joustavuus, mukautumiskyky, uuden oppiminen ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ovat muuttuneet entistä tarpeellisemmiksi ominaisuuksiksi. Tähän ovat myötävaikuttaneet muun muassa kiihtyvä teknologinen kehitys, ihmisten aikaisempaa suurempi liikkuvuus, arvojen ja elämäntyylien monipuolistuminen, koulutuksen lisääntynyt merkitys sekä työssä stressin ja aivojen kuormituksen lisääntyminen.

Kansanterveyden kokonaiskuva on muuttunut viime vuosikymmeninä. Väestön fyysinen terveys ja elinajanodote ovat kehittyneet myönteisesti, mutta mielenterveydessä vastaavaa suotuisaa kehitystä ei ole tapahtunut. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat suuria kansanterveydellisiä haasteita. Jopa puolella väestöstä voidaan todeta jokin mielenterveyden häiriö jossain vaiheessa elämänsä, ja puolet työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuu mielenterveyden häiriöistä. Näiden sairauksien määrä väestössä ei ole lisääntynyt, mutta tietoisuus niistä ja niiden hoidosta on kasvanut, samoin kuin niiden osuus toimintakyvyn menetyshaitoista. Samaan aikaan hoito ja muut palvelut eivät ole kehittyneet yhtä hyvin kuin fyysisten sairauksien hoidossa. Mielenterveyspalveluiden saatavuuden lisääminen muiden terveyspalveluiden tasolle vaatii yhteistä sitoutumista ja voimavaroja.

Yksilön mielenterveys rakentuu vuorovaikutuksessa läheisten ihmisten, yhteisöjen ja yhteiskunnan kanssa. Mielenterveyttä voidaan lähestyä toimintakykyä ja elämänlaatua tukevana voimavarana tai toisaalta voidaan tarkastella mielenterveyden oireita tai sairauksia.

Mielenterveyttä määrittävät monet sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella olevat tekijät, joihin voidaan vaikuttaa muiden hallinnonalojen toimilla. Sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammattiasema ja tulot, vaikuttavat mielenterveyteen. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla on lähes kaksi kertaa enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta kuin ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla. Perheen pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet lisäävät nuoren masennusoireilua ja ovat yhteydessä mielenterveyshäiriöihin ja alhaisempaan koulutukseen myös aikuisiässä. Tämä mielenterveyteen heijastuva eriarvoisuus on osa laajempaa terveyden eriarvoisuutta, joka on epäoikeudenmukaista ja suurelta osin vältettävissä olevaa. Toisaalta psyykkiseen sairastamiseen liittyy voimakas syrjityksi tulemisen ja eriarvoistumisen riski. Perusoikeudet turvaavat kaikkien ihmisten oikeudet välttämättömään turvaan ja riittäviin palveluihin. Käytännössä ne eivät toteudu yhdenvertaisesti. Tämän

vuoksi mielenterveyden häiriöihin ja päihdehäiriöihin liittyvän syrjinnän ja kielteisen leiman vastainen työ on ensisijaisen tärkeää.

Mielenterveys on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä, ja se vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen ja kustannuksiin yhteiskunnan eri sektoreilla. Taloudelliset vaikutukset muodostuvat julkisen sektorin kustannuksista ja työn tuottavuudesta.

Tarvitsemme mielenterveysstrategian ohjaamaan pitkäjänteistä, tuloksellista ja ajantasaista mielenterveyspolitiikkaa ja sen toimeenpanoa. Mielenterveysstrategian onnistunut toteuttaminen edellyttää eri hallinnonalojen sekä julkisen, yksityisen, kolmannen sektorin ja muun kansalaistoiminnan yhteistyötä. Yhteistyötä tarvitaan niin mielenterveyttä edistävässä ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevässä työssä kuin myös hoidossa ja kuntouttavassa toiminnassa. Sosiaali- ja terveyspalveluissa psykiatristen ja somaattisten palveluiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö on keskeistä hyvien tulosten saavuttamiseksi. Mielenterveyden ja mielenterveystyön strateginen kehittäminen tarkoittaa samaan aikaan sekä taloudellisuutta, oikeudenmukaisuutta että vaikuttavuutta. Mielenterveysstrategia ohjaa myös päihdepalvelujen kehittämistä. Ehkäisevää päihdetyötä ei tarkastella tässä, vaan sillä on omat toimenpiteohjelmansa.

2.1 Mitä tarkoitetaan mielenterveydellä, psyykkisellä hyvinvoinnilla, psyykkisillä sairauksilla? Mielenterveysstrategiassa käytettyjä käsitteitä

Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään normaaleista elämään kuuluvista paineista ja pystyy työskentelemään tuloksia tuottavasti sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2014). Mielenterveys vaikuttaa olennaisesti fyysiseen terveyteen ja on välttämätön yleisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta.

Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan koko elämän ajan muotoutuva. Mielenterveyteen vaikuttavat monet sosiaaliset ja taloudelliset, biologiset ja ympäristötekijät. Suotuisissa olosuhteissa psyykkiset voimavarat lisääntyvät ja epäsuotuisissa ne ovat uhattuna (Kuva 1). Mielenterveyteen liittyviä tietoja ja taitoja, kuten selviytymis- ja ongelmanratkaisutaitoja, voi myös oppia ja opettaa.

Kuva 1. Mielen terveyttä yksilö- ja yhteisötasolla uhkaavia ja suojaavia tekijöitä (WHO 2004)



Hyvään mielen terveyteen kuuluvat esimerkiksi kyky ihmissuhteisiin, kyky mielekkääseen toimintaan, itseluottamus, taito ratkaista ongelmia ja palautumiskyky vastoinkäymisten jälkeen. Mielen terveyden heiketessä jotkin näistä kyvyistä voivat heiketä tai voi ilmaantua psyykkisiä oireita. Mielen terveys voi heiketä tilapäisesti tai pitkäkestoisesti. Psyykkiset oireet eivät useinkaan merkitse sairautta, vaan voivat olla normaaleja, ohimeneviä reaktioita elämäntilanteeseen.

Mielen hyvinvointi tai **psyykinen hyvinvointi** viittaa ihmisen omaan kokemukseen hyvinvoinnistaan ja mielen tasapainosta. Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan osittain samaa kuin mielen terveydellä. Psyykinen hyvinvointi liittyy usein hyvään mielen terveyteen ja psyykkiseen toimintakykyyn, mutta psyykkistä hyvinvointia voi kokea myös mielen terveyshäiriötä sairastava henkilö. Vaikeakaan sairauden ei tarvitse estää yhteisöön kuulumisen, hyvinvoinnin tai elämänlaadun kokemuksia, kun perustarpeista ja yhtäläisistä oikeuksista huolehditaan.

Psyykinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Psyykinen toimintakyky kattaa muun muassa tunteisiin, ajatustoimintaan, hahmottamiseen, arviointikykyyn ja ongelmanratkaisuun liittyviä toimintoja.

Vaikka kognitiiviset eli tiedon käsittelyyn ja ajatteluun liittyvät toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja, kognitiivista toimintakykyä käsitellään usein käytännössä erillisenä toimintakyvyn osa-alueena.

Psyykinen sairaus tarkoittaa tilaa, joka aiheuttaa kärsimystä ja haittaa toimintakyvylle, ja jossa oireiden määrän, keston ja vaikeusasteen perusteella voidaan asettaa **mielenterveyden häiriön** diagnoosi. Myös riippuvuudet kuuluvat mielenterveyden häiriöiden diagnoosiryhmään. Psyykkisiin sairauksiin sisältyy usein muutoksia ajattelussa, tunteissa, kognitiivisessa toiminnassa, käyttäytymisessä tai ihmissuhteissa. Lievät sairaudet aiheuttavat jonkin verran häiritseviä oireita ja tavanomaisen toimintakyvyn heikkenemistä. Vakavimmat sairaudet aiheuttavat huomattavaa kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Valtaosaa psyykkisistä oireista ja sairauksista, mukaan lukien päihdehäiriöt ja päihteiden riskikäyttö, voidaan hoitaa menestyksellisesti.

Mielenterveysosaaminen tarkoittaa tietoa ja ymmärrystä mielenterveydestä voimavarana ja terveyden osa-alueena, mielenterveyden suoja- ja riskitekijöistä sekä keinoista vahvistaa mielenterveyttä. Mielenterveysosaamiseen sisältyy mielenterveyteen liittyvien asenteiden ja käsitysten tunnistaminen ja ymmärtäminen. Mielenterveysosaamiseen kuuluu myös tieto ja ymmärrys mielenterveyden häiriöistä sekä niiden hoitomahdollisuuksista ja mielenterveyspalveluista.

Mielenterveystaidot ovat tunne-, tietoisuus- ja vuorovaikutustaitoja, joustavuutta selviytyä elämänkriiseistä ja kykyä säädellä kuormitusta ja stressiä sekä luoda merkityksellisiä suhteita muihin ihmisiin ja omaan ympäristöön. Mielenterveystaitoihin sisältyvät myös arjen taidot sekä itsessä ja muissa olevien psyykkisten voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen tasapainon rakentamisessa työn, opiskelun, levon ja vapaa-ajan välillä. Mielenterveyden ja sen heikkenemisen puheeksi ottaminen ovat osa mielenterveystaitoja, samoin kuin valmius arvioida, milloin omat voimavarat eivät riitä ja milloin tarvitaan ammattilaisten apua.

2.2 Mielenterveys lukuina

Suomalaisista 86 % arvioi psyykkisen hyvinvointinsa vähintään kohtalaiseksi.

(Koponen ym. 2017, 129).

Vajaalla 20 %:lla suomalaisista on jokin mielenterveyshäiriö.

(IHME, 2018)

Elinikäinen riski sairastua mihin tahansa psyykkiseen sairauteen on maailmanlaajuisesti 26-55 %. (Kessler ym. 2007.)

8 %:lla suomalaisista on suuri riski ja 5 %:lla on kohtalainen riski alkoholinkäytön pitkäaikaisiin terveyshaittoihin. Väestöstä 58 %:lla on joko alkoholin pitkäaikaishaittojen riski tai ainakin kerran vuodessa humalan aiheuttama vaara. (Mäkelä ym. 2018, 42-43.)

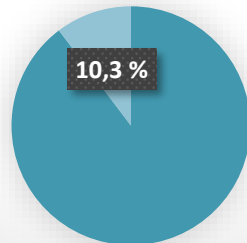
Noin 3 %:lla suomalaisista on rahapeliongelma.
(Järvinen-Tassopoulos 2018, 77.)

Psykooseja sairastavat elävät noin 15-20 vuotta muuta väestöä lyhyemmän elämän (Tiihonen ym. 2009, Nordentoft ym. 2013). **Yleisimpinä kuolinsyynä ovat sydän- ja verisuonitaudit ja syöpä** (Keinänen ym. 2018). **Päihdehäiriön takia sairaalahoitoa saaneiden elinajanodote on yli 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön** (Westman ym. 2015).

Arvio mielenterveysongelmien aiheuttamista suorista ja epäsuorista kokonaiskustannuksista Suomessa sekä EU-maissa vuonna 2015. (OECD/ EU 2018, 28.)

| | <u>Kokonaiskustannukset</u> | | <u>Suorat kustannukset</u> | | | | <u>Epäsuorat kustannukset</u> | |
|-------|------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|---|-----------|--------------------------------------|-----------|
| | | | Terveystuotomenojen aiheuttamat kulut | | Sosiaalietuuksien kautta syntyvät kulut | | Työmarkkinoilla syntyvät kulut | |
| | milj. Eur | % BKT:sta | milj. Eur | % BKT:sta | milj. Eur | % BKT:sta | milj. Eur | % BKT:sta |
| EU 28 | 607 074 | 4.10 | 194 139 | 1.31 | 169 939 | 1.15 | 242 995 | 1.64 |
| Suomi | 11 140 | 5.32 | 2 576 | 1.23 | 3 884 | 1.85 | 4 681 | 2.23 |

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kulujen osuus kaikista erikoissairaanhoidon kuluista vuonna 2017. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon menot eivät ole 2000-luvun aikana lisääntyneet Suomessa.



(Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017, THL 2019)

3 MIELENTERVEYSLINJAUKSET

Mielenterveysstrategia sisältää viisi painopistettä, jotka ovat mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, tarpeenmukaiset laaja-alaiset palvelut ja mielenterveysjohtaminen.

3.1 Mielenterveys pääomana

Mielenterveys on tärkeimpiä asioita ihmisen elämässä. Se vaikuttaa kaikkeen terveyteen, hyvinvointiin, ihmissuhteisiin, opiskeluun, työhön ja koko elämän kulkuun. Ihmisten hyvä mielenterveys vahvistaa luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteiskunnassa. Tuottavuus on vahvasti sidoksissa työvoiman mielenterveyteen. Hyvä mielenterveys tukee koko Suomen menestymistä.

Mielenterveys on yksilön, perheiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan pääomaa, josta pidetään huolta ja johon sijoitetaan:

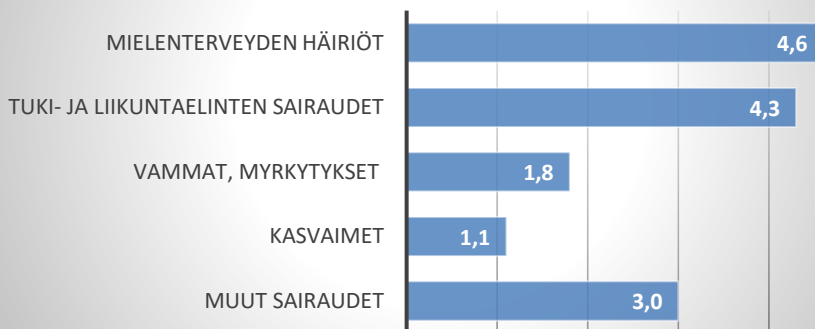
- kaikissa elämän vaiheissa
- opiskelussa ja työssä
- arkiympäristöissä, yhteisöissä ja vapaa-ajan toiminnassa
- yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa.

Linjauksen perustelut

Mielenterveyteen sisältyvät psyykinen toimintakyky, kyky oppia ja kehittyä, kyky hakea muilta tukea, sosiaaliset taidot, kokemus mielen hyvinvoinnista sekä psykologinen joustavuus ja muuttumiskyky. Kaikki nämä ovat pitkäaikaiselle hyvinvoinnille tärkeitä. Hyvä mielenterveys parantaa mahdollisuuksia hyviin ihmissuhteisiin ja opinnoissa ja työelämässä onnistumiseen. Työ on keskeinen osa ihmisten hyvinvointia ja useimmille olennainen elämän osa-alue.

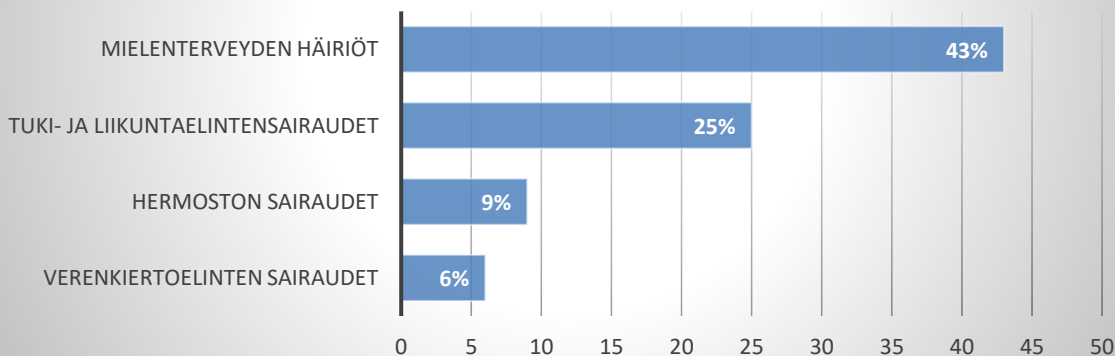
Perheiden, yhteisöjen ja koko yhteiskunnan tasolla hyvän mielenterveyden vaikutukset tulevat näkyviin yleisenä hyvinvointina ja psyykkisen kuormittuneisuuden vähentymisenä. Psyykkiset sairaudet aiheuttavat nykyisin merkittävän osan sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Väestön mielenterveys vaikuttaa työelämän tuottavuuteen.

Maksetut sairausrahapäivät 2018. (milj. päivää)



(Kansaneläkelaitos, Taskutilasto 2018.)

Suurimpien työkyvyttömyyden aiheuttaneiden sairausryhmien osuudet kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä vuonna 2018.



(Tilasto Suomen eläkkeensaajista, 2018.)

Mielenterveyden edistämällä vahvistetaan niitä voimavaroja, jotka auttavat rakentamaan toimivaa arkea ja löytämään ratkaisuja elämän kriisitilanteissa ja vastoinkäymisissä. Mielenterveyteen vaikutetaan monilla muilla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteillä. Mielenterveyden edistämistä ovat esimerkiksi lasten terveen kasvun ja kehityksen tukeminen varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja perhepoliittisin keinoin, työelämään pääsyn ja työhyvinvoinnin tukeminen, liikunnan, virkistys-, harrastus-, kulttuuri- ja sosiaalisen toiminnan mahdollisuudet sekä ympäristön turvallisuus.

Kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli mielenterveyttä edistävässä työssä. Mielenterveydestä huolehtiminen ja sen tukeminen kaikilla tasoilla on sijoitus, joka tuottaa sekä henkistä että aineellista hyvinvointia.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Tunnistetaan, missä ammattiryhmissä, ihmisryhmissä ja yhteisöissä mielenterveysosaamista ja -taitoja erityisesti tarvitaan, ja lisätään osaamista näissä ryhmissä. Ammattiryhmistä tämä koskee sellaisia työtehtäviä, joissa on keskeistä tiivis vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa.
2. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja oppilaitoksissa sekä erilaisin hankkein että opetusohjelmia kehittämällä.
3. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja työpaikoilla ja työelämän muutoskohdissa. Henkilöstön työhyvinvointi on organisaatioiden tärkein pääoma ja mielenterveys on keskeinen osa sitä. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja erityisesti johtamisessa ja esimiestyöskentelyssä. Valmistellaan työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelma.
4. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja ikääntyneiden palveluissa ja toiminnoissa. Hyödynnetään ikääntyneiden mielenterveyspääomaa kokemusasiantuntijuuden ja osallistumisen avulla. Ikääntyneet voivat tuoda arvokkaan panoksen yhteisöön.
5. Lisätään yhteisöllistä hyvinvointia asuinalueilla. Lisätään toimia, jotka tähtäävät yksinäisyyden vähentämiseen, yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen. Toiminnassa voi olla mukana esimerkiksi kirjastoja, palvelutaloja, alueen asukastoiminta, järjestöjä ja sosiaalisen median yhteisöjä. Mielekäs tekeminen ja kokemus osallisuudesta yhteisössä tukee mielen hyvinvointia ja mielenterveyttä kaikissa elämän vaiheissa. Sosiaalisessa mediassa mielenterveyden edistäminen tarkoittaa myös esimerkiksi moderoinnin lisäämistä vahingollisten sisältöjen tunnistamiseksi ja poistamiseksi.
6. Ehkäistään ja vähennetään päihteiden käyttöä sekä toiminnallisia riippuvuuksia ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman kautta.
7. Varmistetaan mielenterveyttä tukevan kansalais-, vapaaehtois- ja järjestötoiminnan edellytykset.
8. Varmistetaan, että kunnat toteuttavat laaja-alaista, hallinnolliset rajat ylittävää mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistämistä osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
9. Käynnistetään tutkimus- ja kehitystoimintaa, jonka tavoitteena on selvittää, miten yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa mielenterveyspääomasta pidetään huolta.

3.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa

Lapsuuden ja nuoruuden kasvuolosuhteet vaikuttavat merkittävästi mielenterveyteen. Lasten ja nuorten mielenterveys vahvistuu, kun yhteiskunta toimii niin, että:

- luodaan edellytykset turvalliselle elämälle perheissä ja muissa keskeisissä kasvuympäristöissä ja yhteiskunnan muutoksissa
- turvataan jokaiselle lapselle yhtäläiset mahdollisuudet hyvään itsetuntoon ja mielenterveystaitoihin, oppimiseen ja onnistumisen kokemuksiin
- annetaan jokaiselle lapselle ja nuorelle yhtäläinen mahdollisuus osallistua turvallisiin ja kehitystä edistäviin harrastuksiin
- turvataan haavoittuvassa asemassa tai elämäntilanteessa olevien lasten ja nuorten oikeudet
- vähennetään lapsiperheköyhyyttä.
- vähennetään lasten ja nuorten syrjäytymistä

Linjauksen perustelut

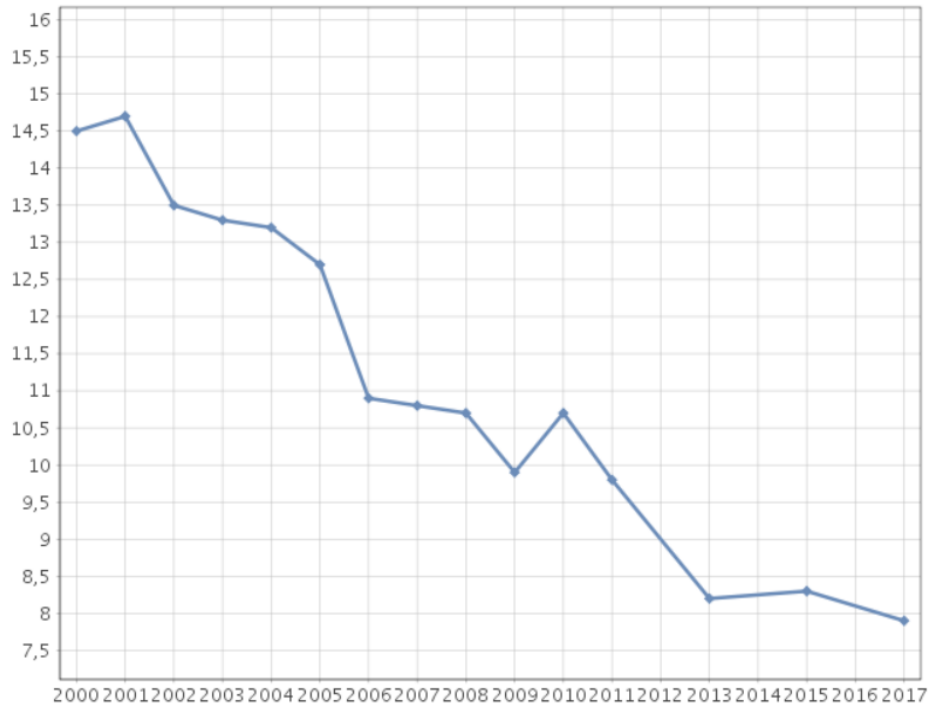
Mielenterveyden perusta rakentuu monella tapaa lapsuudessa ja nuoruudessa. Parhaimmillaan koko kasvuympäristö ja opiskeluympäristö tukevat mielenterveyttä ja tarjoavat mahdollisuuden psyykkisten voimavarojen positiiviselle kehitymiselle.

Suuri osa elämän aikaisista psyykkisistä sairauksista puhkeaa lapsuuden ja nuoruuden aikana. Mielenterveyteen liittyvät häiriöt ovat koululaisten ja opiskelijoiden tavallisimpia terveyteen liittyviä ongelmia. Lasten ja nuorten aivot ovat herkempiä myös päihteidenkäytön vaikutuksille. Lapsuus- ja nuoruusvaiheen tärkeys ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kehittymisen kannalta on ymmärrettävä, jotta lasten ja nuorten mielenterveyttä voidaan tukea tehokkaasti heidän arjessaan.

Perheellä on suuri merkitys lasten ja nuorten terveyden ja kasvun kannalta. Lasten ja nuorten hyvinvointia tukevat esimerkiksi riittävä hoiva ja turvallisuuden tunne, hyvä varhainen vuorovaikutus ja vanhempien hyvinvointi, sekä taloudellinen turvallisuus. Esimerkiksi köyhyys ja päihdeongelmat heikentävät koko perheen hyvinvointia ja lasten ja nuorten mielenterveyttä. Yhteiskunnallinen eriarvoistumiskehitys jyrkentää lasten elämän todellisuuksien ja lapsiperheiden resurssien kahtiajakautumista. Kaiken kaikkiaan lasten ja nuorten lähtökohdat kasville ja kehitykselle voivat olla hyvin vaihtelevat - myös mielenterveyden rakentumisen kannalta. Lapsiperheiden ja lasten hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi myös vanhempien mahdollisuudet työn ja perheen yhteensovittamiseen. Lapsuuden ja lapsuudenperheen olosuhteet ovat kokonaisuudessaan tärkeä tekijä myöhemmän terveyden ja pärjäämisen kannalta.

Perinteiset koululaisten mielenterveyden riskitekijät, kuten keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa, ovat vähentyneet. (Kouluterveyskysely)

Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, % 8. ja 9. luokan oppilaista info ind. 329



Suuri osa elämän aikaisista mielenterveyden häiriöstä puhkeaa nuoreen aikuisikään mennessä.

(Haravuori ym. 2016; Coughlan ym. 2013 ; Nöbbelin L ym. 2018)

Noin 30 prosenttia vanhemmista kokee jossain kohdin lapsen odotusaikaa vähintäänkin lievää masennusoireilua ja 10-15 prosenttia vanhemmista raportoi jossain kohdin odotusaikaa ahdistusta.

(Korja ym. 2018, 2.)

Nuoruudessa mielenterveyden häiriöt yleistyvät. Nuorten mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi yksinäisyys, kiusaaminen, syrjintä ja päihteiden käyttö sekä opiskeluun liittyvä stressi. Mielenterveyden oireet ja häiriöt vaikuttavat opiskelukykyyn ja siksi esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten on tarpeen osata arvioida nuoren psyykkistä terveyttä ja suunnitella tarvittava hoito. Kun nuoren toimintaa siirtyy aikaisempaa enemmän perhepiirin ulkopuolelle, hänen mahdollisuutensa liittyä turvallisiin ikätoverisuhteisiin ja välttyä traumaattisilta kokemuksilta muodostuvat keskeisiksi mielenterveyden suotuisan kehittymisen kannalta. Nuoret tarvitsevat taitoja

käsitellä tulevaisuuteen liittyvää epävarmuutta, joka liittyy esimerkiksi opintoihin ja työmarkkinoihin. Yhä nuoremmat joutuvat tekemään opintoihin liittyviä tärkeitä valintoja. Samalla lähi- ja tukiopetuksen määrä on vähentynyt monissa opiskeluympäristöissä. Globaalit ilmiöt, kuten ilmastonmuutos, ovat uudella tavalla läsnä ja voivat aiheuttaa tulevaisuutta koskevaa ahdistusta ja epävarmuuden tunnetta. Vapaus tehdä yksilöllisiä valintoja edellyttää kykyä ohjata itseään. Vahvojen psyykkisten voimavarojen tarve korostuu nuoruuden itsenäistymisvaiheessa. Nuorten pärjäämisen resurssit vaihtelevat yksilöllisesti, ja tuen ja hoidon tarpeet on tärkeää tunnistaa varhaisessa vaiheessa.

Nuoret ikäluokat ovat merkittävästi pienempiä kuin ennen. Huoltosuhteen heikkeneminen edellyttää, että yhä useampi osallistuu työmarkkinoille. Voimakkaasti ikääntyvässä yhteiskunnassa on tärkeää kiinnittää huomiota myös sukupolvien väliseen tasa-arvoon ja nuorten ikäluokkien asemaan ja mahdollisuuksiin yhteiskunnassa. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja toimintakyky määrittävät tulevaisuutta merkittävällä tavalla.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Luodaan tarvittaessa lainsäädännöllisin keinoin rakenne perheille tarjottavan käytännöllisen avun, perhe-etuksien ja vanhemmuuden tuen vaikuttavien keinojen kehittämiseksi, käyttöön ottamiseksi, juurruttamiseksi, ylläpitämiseksi ja päivittämiseksi. Lapsen ja nuoren kehitysvaiheen mukaista tukea tuodaan lasten ja nuorten lähiympäristöihin, esimerkiksi varhaiskasvatukseen, koulu- ja opiskeluympäristöihin sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Laaja-alaiseen tukeen kuuluu myös perheiden vanhempien parisuhteiden tukeminen.
2. Vahvistetaan kasvuikäisten mielenterveystaitojen ja hyvän itsetunnon kehittymistä lisäämällä tietoa hyvistä käytännöistä, panostamalla mielenterveystaitoja edistävien työtapojen koulutukseen sekä vaikuttamalla toimintakulttuuriin varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja toisen asteen koulutuksessa.
3. Käynnistetään perheystävällisen työelämän ohjelma.
4. Luodaan rakenteet laajalle yhteistyölle eri hallinnonalojen, järjestöjen ja kansalaisten välille, jotta saavutetaan yhteinen pohja ja yhteisesti hyväksytyt arvot lasten ja nuorten hyvää mielenterveyttä tukevalle kasvulle. Tunnistetaan ja mallinnetaan yhteistyöhön tarvittavat osatekijät, kuten on toimittu esimerkiksi ehkäisevässä päihdetyössä hyödynnetyssä paikallisen alkoholipolitiikan mallissa.
5. Taataan lapsille ja nuorille monipuoliset mahdollisuudet harrastaa kiinnostuksensa mukaisesti, tarvittaessa säädöksin ja velvoittavin laatukriteerein.
6. Tuetaan suunnitelmallisesti lasten ja nuorten myönteistä liittymistä ikätoveriryhmiin ja suojataan heitä kielteisiltä ikätoverien välisiltä ilmiöiltä, kuten kiusaamiselta, päihteiltä ja muulta riskikäyttäytymiseltä, mukaan lukien sosiaalisessa mediassa. Ehkäistään syrjäytymistä ja tuetaan nuorta elämän muutoskohdissa, kuten koulu- ja opiskeluympäristön vaihtuessa.
7. Varmistetaan neuvoloiden, oppilas- ja opiskelijahuollon sekä muiden lasten ja nuorten perustason palveluiden mielenterveystyön riittävät voimavarat ja ammattiryhmien välinen koordinoitu yhteistyö. Ehkäisevän työn lisäksi niissä olisi oltava tarjolla kriisitilanteissa tarpeellisia lyhyitä interventioita.

8. Tuetaan lapsia ja nuoria, joiden elämässä on psyykkistä kuormitusta. Se tarkoittaa esimerkiksi alaikäisiä, joiden vanhemmilla, huoltajilla tai lähiomaisilla on sairauksia, ja haavoittuvassa asemassa tai elämäntilanteessa olevia lapsia ja nuoria, kuten kehitysvammaisia, maahanmuuttajia tai lastensuojelun palvelujen piirissä olevia. Kuin myös opiskelijoita, joilla esiintyy runsaasti opiskeluun liittyvää stressiä.
9. Tuetaan molempien vanhempien mielenterveyttä jo raskausaikana, esimerkkinä raskausajan alkoholinkäyttö tai kuormittava elämäntilanne.

3.3 Mielensterveysoikeudet

Jokaisen ihmisen mielensterveysoikeuksiin kuuluvat:

- hyväksytyksi tuleminen ja syrjimättömyys
- ihmisarvon ja perus- ja ihmisoikeuksien kunnioitus sekä tietoisuus niistä
- yhdenvertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen
- oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon silloin, kun se on tarpeen
- oikeus määrittellä itse ne asiat, jotka auttavat selviytymään arjessa, ja saada siihen tarvittava tuki
- oikeus vaikuttaa kansalaisena, päätöksenteon osapuolena, vertaistoimijana ja kokemusasiantuntijana
- oikeus käyttää kansalliskieliä ja saada riittävä tulkkaus- ja käännösapu.

Mielensterveysoikeuksien saavuttamiseksi tarvitaan työtä ennakkoluulojen, virheellisten käsitysten ja vastakkainasettelun voittamiseksi.

Linjauksen perustelut

Mielensterveysoikeuksien perustan muodostavat yleismaailmalliset ihmisoikeudet sekä perustuslain mukaiset perusoikeudet, joihin sisältyy kaikkien ihmisten tasavertaisuus, kielelliset oikeudet ja oikeus työhön, opetuksen saamiseen, riittävään elintasoon asumisen, toimeentulon, terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi sekä sosiaaliturvaan ja riittäviin terveyspalveluihin. Perus- ja ihmisoikeudet turvaavat yhteiskunnallisia olosuhteita, jotka edistävät yksilöiden mielensterveyttä ja suojaavat heitä mielensterveyden häiriöiden riskitekijöiltä. Mielensterveysoikeuksiin sisältyy mielensterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä vaarantavien tekijöiden vähentäminen koko väestössä ja erityisesti haavoittavissa olosuhteissa elävillä henkilöillä.

Perusoikeudet eivät toteudu joka tilanteessa yhdenvertaisesti niiden henkilöiden kohdalla, joilla on mielensterveyden häiriö tai päihdehäiriö. He kohtaavat herkästi syrjintää, kielteistä leimaamista ja ennakkoluuloja. Tämä ilmenee sosiaalisessa kanssakäymisessä, työssä, opinnoissa, asumisessa ja erilaisissa yhteiskunnan palveluissa. Monet psyykkisiä sairauksia sairastavat henkilöt eivät hae hoitoa sairauksiin ja palvelujen käyttöön liittyvän leimaantumisen ja syrjinnän vuoksi. Kulttuuriselta tai yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuvat ryhmät vaativat erityisesti huomiota. Oikeus mielensterveyden häiriöiden laadukkaaseen, näyttöön perustuvaan tarpeen mukaiseen hoitoon on myös nähtävä perustavaa laatua olevana mielensterveysoikeutena.

Mielenterveysbarometrin mukaan lähes viidennes ihmisistä pelkää mielenterveyskuntoutujia: 19 % ei haluaisi heitä naapurikseen ja 18 %:n mielestä heitä on epämukavaa ja pelottavaa kohdata.

Mielenterveyden häiriöitä itse kokeneista 39 % on sitä mieltä, että psyykkisen sairauden vuoksi joutuu leimatuksi. Mielenterveysalan ammattilaisista samaa mieltä on peräti 69 %.
(Mielenterveysbarometri, 2017.)

Perusoikeuksiin kuuluu myös oikeus tahdonvapauteen, itsemääräämiseen ja koskemattomuuteen. Henkilö, jolla on mielenterveyden häiriö tai päihdehäiriö, joutuu usein ponnistelemaan saadakseen täysimääräisen aseman itseään koskevassa päätöksenteossa. Psykiatrisessa sairaanhoidossa on mahdollista käyttää tahdosta riippumatonta hoitoa lainsäädännön erikseen määrittelemissä tilanteissa. Hyvin toimivat ja käyttäjien hyväksymät palvelut vähentävät tarvetta turvautua tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin.

Vuonna 2017 toteutettiin noin 38 000 psykiatrista sairaalahoitojaksoa. Näistä vajaa 10 000 oli hoitoa potilaan tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattoman hoidon aikaisia itsemääräämisoikeuden rajoituksia käytettiin noin 4000 henkilölle.
(Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti, 2017.)

Myönteisenä kehityksenä voidaan todeta, että mielenterveyden häiriöiden kielteinen leima on vähentynyt, mikä ilmenee aikaisempaa avoimempaa ja rakentavampana julkisena keskusteluna mielenterveydestä ja lisääntyneenä hakeutumisenä palvelujen piiriin.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Itsemääräämisoikeutta koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan sellaiseksi, että se vahvistaa psyykkisiä sairauksia sairastavien itsemääräämisoikeuden toteutumista palveluissa.
2. Käynnistetään mielenterveyden häiriöihin ja päihdehäiriöihin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastainen valtakunnallinen ohjelma. Toteutetaan palveluissa syrjinnän vastainen ja kielellisten oikeuksien turvaamisen kehittämis- ja valvontaohjelma.
3. Syrjinnän ilmiöitä seurataan osana tutkimustyötä ja osana sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laatujärjestelmiä, ja syrjiviä toimia sanktioidaan.
4. Ajantasaistetaan mielenterveyskuntoutujien ja päihdekuntoutujien asumisen ja muiden tukipalveluiden laatuksiterit ja perustetaan niitä seuraava laaturekisteri.
5. Jatketaan pakon käytön vähentämisen ohjelmaa tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa sairaaloissa ja vakiinnutetaan pakon käytön vähentämisen verkoston toiminta.
6. Määritellään toimenpiteet sen turvaamiseksi, että mielenterveyden häiriöitä ja päihdehäiriöitä sairastavilla on oikeus osallistua opintoihin ja työhön opiskelu- ja työkykyä puitteissa.

Laajennetaan ja vakiinnutetaan koulutus- ja työelämävalmiuksia vahvistavien ja työelämäosallisuutta lisäävien toimintamallien käyttöä.

7. Suunnitellaan toimenpiteet köyhyyden ja eriarvoisuuden vaikutusten vähentämiseksi yksilöiden ja perheiden mielenterveyttä heikentävinä tekijöinä.
8. Ryhdytään toimiin epäpätevää ja vahingollista toimintaa vastaan uskomus- ja vaihtoehtohoitaja koskevan lainsäädännön avulla.

3.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut

Palvelut vastaavat ihmisten tarpeita, kun varmistetaan, että:

- ne ovat asiakaslähtöisiä ja käyttäjät kokevat ne itselleen soveltuviksi
- ne ovat saavutettavia, laadukkaita ja vaikuttavia
- ne ovat joustavia, yhteen sovitettavia ja jatkuvuutta tukevia
- ne ovat ikävaiheeseen sopivia
- ne ovat tarvelähtöisiä ja oikea-aikaisia
- ne edistävät kuntoutumista
- ne noudattavat yhdenvertaisuusperiaatetta; palvelujen suunnittelussa otetaan erityisesti huomioon ryhmät, jotka muuten olisivat vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan
- ne ottavat huomioon omaiset ja läheiset sekä voimavarana että tuen tarvisijoina
- henkilöstön ammattitaitoa pidetään yllä
- vakavia psyykkisiä sairauksia ja päihdehäiriöitä sairastavien ihmisten fyysisen terveyden hoito toteutuu yhdenvertaisesti muun väestön kanssa.

Linjauksen perustelut

Psykkisten sairauksien hoito on viimeisen vuosikymmenen aikana lisääntynyt vuosittain. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnyksiä on pidetty korkeana ja alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsystä ja monipuolisten avohoitopalveluiden saatavuudessa ovat olleet merkittäviä. Hoitotakuun mukaisia hoitoon pääsyajkoja on ollut vaikea saavuttaa. Näyttöön perustuvia hoitoja on ollut varsin puutteellisesti saatavissa, eikä niitä ylläpidetä tai levitetä koordinoitusti ja pitkäjänteisesti alueellisten väestötarpeiden mukaan. Perustasolla mielenterveys- ja päihdekysymysten ei aina nähdä kuuluvan kaikille, vaan ne siirretään yksittäisille työntekijöille. Päihdehoito on yhä monin paikoin erillään muusta terveydenhuollosta.

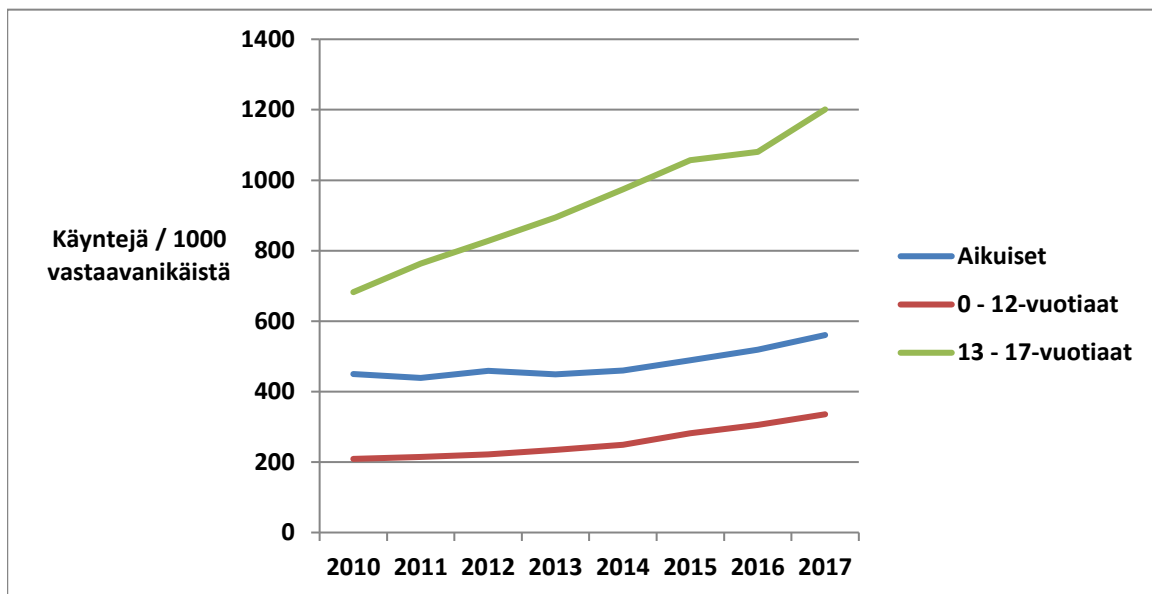
Hajaantunut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja kokonaisuuden ohjaamisen vaikeudet heikentävät palveluiden saatavuutta ja oikeaa kohdentumista. Mielenterveystyön ja päihdehoitoon eri tahot eivät ole sovittaneet toimintaansa yhteen tai sopineet työnjaosta.

Kansainvälisessä kehittämistyössä nykyaikaisia mielenterveyspalveluita on mallinnettu aikaisempaa yhteistoiminnallisemmiksi. Tämä tarkoittaa sellaista asiakas- tai potilaslähtöisyyttä, jossa eri osaajien palveluita järjestetään asiakkaalle hänen tarpeensa mukaisesti eikä organisaatioiden tarjonnan mukaan. Yhteen sovitettuja ja koordinoituja palveluita tarjoavat samaan aikaan sekä tehokkaan että monipuolisen tavan järjestää palveluita. Palveluohjauksella voidaan lisätä palveluiden oikea-aikaista ja oikeatasoista hyödyntämistä.

Hoitoon pääsyn olisi psyykkisissä sairauksissa pääsääntöisesti oltava nopeaa. Hoito toteutuu parhaiten, kun arvio ja perustason hoito toteutetaan osana muuta perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja lasten ja nuorten perusterveydenhuollon toimipaikoissa, ja erikoissairaanhoidon

antama tuki ja ohjaus ovat saatavissa esteettä, joustavasti ja lähelle. Vastaavasti psykiatrinen sairaalahoito muun sairaalahoidon yhteydessä varmistaa kaikkien terveysongelmien ottamisen huomioon. Esimerkiksi päihderiippuvaisilla pelkkä riippuvuuden hoito ei yleensä riitä, vaan samanaikaiset psyykkiset ja fyysiset sairaudet ja tilat tarvitsevat huomiota.

Mielenterveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000 vastaavan ikäistä kohden. (Sotkanet)



Kuva X (yllä). Mielenterveyden avohoitokäynnit. Aikuisten käynnit sisältävät myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön, lasten ja nuorten käynnit kuvastavat vain erikoissairaanhoidon.

Itsemurha-ajatuksia kokeneista 20-54 –vuotiaista 49 % hakee apua, 55-74 –vuotiaista 26%, 75 vuotta täyttäneistä 11 %. (Terveytemme-tietokanta)

Masennushäiriötä sairastavista nuorista aikuisista 76 % on hoitokontaktissa (Kasteenpohja ym. 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun palvelujärjestelmän pitää pystyä reagoimaan tarpeiden koko kirjoon, aina varhaisesta vaiheesta vaikeisiin, äkillisiin ja moniongelmaisiiin tilanteisiin asti. Psykkisiä häiriötä sairastavilla on muuta väestöä enemmän samanaikaisia muita sairauksia ja avun ja tuen

tarvetta varsinkin, jos sairaus on vaikea-asteinen. He saavat puutteellisesti somaattista sairaanhoitoa, sosiaalihuollon palveluja sekä asumisen ja työllistymisen palveluja. Vakaviin riippuvuuksiin liittyy erityistä huomiota vaativaa sosiaalisten ongelmien kasautumista. Psykkiset sairaudet heikentävät yksilön kykyä hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan, jolloin palveluita on muokattava monimuotoisiksi ja helpoiksi saavuttaa. Saavutettavuus voi toteutua myös sähköisten palvelujen avulla, erityisesti pitkien välimatkojen alueilla. Palvelujen helppo saavutettavuus, asiakaslähtöisyys ja laadukkuus ovat tärkeitä myös mielenterveyshäiriöihin ja varsinkin päihderiippuvuuksiin liitetyn leiman vuoksi. Palvelut eivät toteudu, jos niitä ei tarjota tai käytetä väärin käsitysten, syrjivien asenteiden tai palvelunkäyttäjän itsensä sisäistämän häpeäleiman vuoksi.

Mielenterveyden ja päihdehäiriöiden samanaikaisuus on suhteellisen yleistä. Esimerkiksi noin 10-30 %:lla masennusta sairastavista on samanaikainen päihdehäiriö (Kessler ym. 1996, Melartin ym. 2002)

Noin puolella päihteen takia palveluissa asioineista oli myös lääkärin toteama mielenterveyden häiriö (Päihdetapauslaskenta, 2015)

Yhtäaikainen somaattinen ja psyykinen sairastaminen on yleistä. Perusterveydenhuollon ja sairaaloiden potilaista 20–50 %:lla on mielenterveyshäiriöitä. (Räsänen ym. 2009).

Psykiatrian asumispalveluissa on noin 8000 asukasta. Päihdehuollon asumispalveluissa on noin 4000 asukasta. (Sotkanet, 2017)

Suomessa niistä aikuisista, joille oli vuonna 2005 myönnetty kuntoutustuki masennuksen perusteella, 24% oli neljän vuoden kuluttua palannut työhön. (Gould R, Lampi J, Nyman H. Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen: työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011:3.)

Esimerkkejä ryhmistä, joissa mielenterveyshäiriöt ovat muita yleisempiä:

- 1. Ensisuojissa yöpyneistä asunnottomista 80-90 %:lla on jokin mielenterveyshäiriö, 80 %:lla päihderiippuvuus ja yli 10 %:lla psykoosisairaus. Somaattiset sairaudet ovat myös huomattavan yleisiä ja jäävät hoitamatta.** (Stenius-Ayoade 69,76, 2019)
- 2. Nuorista, jotka ovat olleet syrjäytyneenä koulutuksesta ja työelämästä usean vuoden ajan, on 60 %:lla käytössä psykiatrista lääkehoitoa** (Aaltonen ym. 35, 2015).
- 3. Juuri maahan tulleista aikuisista turvapaikanhakijoista lähes 40 %:lla esiintyy merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita.** (Skogberg ym. 184, 2019)
- 4. Sateenkaarinuorista joka kolmannella tytöllä ja vajaalla viidesosalla pojista on kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta.** (Kouluterveyskysely https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135233/URN_ISBN_978-952-302-909-5.pdf?sequence=1)

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen lainsäädäntöä uudistettaessa kiinnitetään huomiota erityisesti voimavarojen optimaaliseen käyttöön, niiden riittävyyteen, kohdentamiseen ja yhteensovittamiseen.
2. Lisätään erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa mielenterveyteen suunnattuja voimavaroja ja henkilöstön mielenterveysosaamista sekä kehitetään käytäntöjä, joilla erikoissairaanhoidon ohjaa ja tukee perustason palveluissa (tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskukset sekä lasten ja nuorten perustason palvelut) toteutettavaa hoitoa.
3. Palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa otetaan huomioon käyttäjien näkemykset palvelujen käytettävyydestä. Se tarkoittaa esimerkiksi kokemusasiantuntijuuden ja asiakaskokemusten hyödyntämistä ja asiakkaiden antamien yksilöllisten merkitysten ottamista huomioon palveluissa.
4. Käynnistetään kehittämisohjelma fyysisen terveyden edistämiseksi ja somaattisen terveydenhuollon toteutumisen varmistamiseksi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa oleville henkilöille.
5. Parannetaan psykososiaalisten hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta ja organisoidaan niiden tarjoaminen alueellisesti (yhteistoiminta-alueilla) tarpeenmukaisesti. Lasten ja nuorten vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset koordinoivat näyttöön perustavan hoidon saatavuutta ja levittävät näyttöön perustuvia psykososiaalisia hoitoja ja interventiota koordinoituna yhteistyössä alueittain.
6. Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käyttöön tutkimukseen perustuvia edistäviä, ehkäiseviä, hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta Suomessa.
7. Kehitetään helposti saavutettavia, asiakkaidensa arkiympäristöihin tuotavia monipuolisia palveluja erityisesti erilaisista syistä vaikeasti tavoitettaville ihmisille, kuten huumeiden käyttäjille tai asunnottomille, ja muille syrjäytymisriskissä tai haavoittuvassa asemassa oleville ryhmille.

8. Kootaan ja otetaan käyttöön eri ympäristöissä, esimerkiksi varhaiskasvatuksessa, kouluissa, työpaikoilla ja tuetussa asumisessa toteutettavia tutkimuksella hyviksi havaittuja toimintamalleja.
9. Otetaan hankintoja koskevassa lainsäädännössä huomioon palvelujen koordinoimisen, jatkuvuuden ja laadun tärkeys palveluita hankittaessa. Varsinkin asumisessa ja arjen tuessa korostuu jatkuvuuden ja kuntouttavuuden tarve.

3.5. Hyvä mielenterveysjohtaminen

Mielenterveystyötä ohjataan ja johdetaan suunnitelmallisesti kokonaisuutena ylittäen hallinnolliset rajat:

- johtamisessa tukeudutaan parhaaseen tietoon ja teknologiaan
- varmistetaan ajankohtaisen ja ennakoivan tutkimustiedon saatavuus
- johtamisessa käytetään parhaiten soveltuvia indikaattoreita ja niitä seurataan
- mielenterveysstrategian toteutumista arvioidaan säännöllisesti ja sen toimenpide-ehdotuksia painotetaan ja muotoillaan uudestaan tarpeen mukaan.

Linjauksen perustelut

Talouden ja yksilöllisen, koetun ja terveyteen liittyvän hyvinvoinnin suhteita toisiinsa voidaan kuvata hyvinvointitalous-käsitteellä. Ihmisten hyvinvointi, ja sen keskeisenä osana psyykinen hyvinvointi, tukee vakaata yhteiskuntaa ja taloutta ja toisaalta vakaa talous lisää mahdollisuuksia parantaa ihmisten hyvinvointia.

Kestävä ja kilpailukykyinen yhteiskunta rakentuu hyvälle mielenterveydelle, jota tuetaan kaikissa vaiheissa ja kaikilla yhteiskunnan alueilla. Hyvä johtaminen edistää mielenterveyden, inhimillisten arvojen ja hyvinvoinnin tuottamista. Mielenterveysjohtamista tarvitaan valtakunnallisella, alueellisella ja kuntatasolla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tasolla ja mielenterveysstrategian toimeenpanossa. Mielenterveysjohtaminen ei kuitenkaan koske ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonaloja, vaan monia eri sektoreita. Mielenterveysjohtamista tarvitaan erityisesti yhteistyöverkostojen toiminnassa.

Valtakunnan tasolla hyvä mielenterveysjohtaminen tarkoittaa mielenterveyteen liittyvän lainsäädännön, ohjauksen ja laadunvalvonnan pitämistä ajan tasalla aina uusimpaan tietoon ja ymmärrykseen nojaten.

Mielenterveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa pyrkii kansanterveyden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen. Se ottaa systemaattisesti huomioon mielenterveysvaikutukset osana kaikkien sektorien päätöksentekoa, etsii yhteisiä etuja ja pyrkii välttämään haitallisia mielenterveysvaikutuksia. Mielenterveysvaikutusten ennakoarviointi on yksi keino ottaa mielenterveys huomioon päätöksenteossa eri hallinnonaloilla ja kaikilla päätöksenteon tasoilla.

Pitkäjänteinen mielenterveyden edistäminen edellyttää päämäärätietoista, tavoitteellista, vaikuttaviin interventioihin ja tutkittuun tietoon perustuvaa sekä riittävän hyvin resursoitua työtä. Tavoitteellinen ja tuloksekas mielenterveyden edistäminen edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä kaikilla hallinnon tasoilla (valtakunnallinen, alueellinen, paikallinen). Ilman hyvinvoivia ja terveitä asukkaita ei synny hyvinvoivaa kuntaa tai alueellista yhteistyötä.

Hyvä johtaminen määrittää organisaation arvot ja toteuttaa niitä. Mielensterveyteen panostava organisaatio nostaa mielensterveyden edistämisen strategiseksi painopisteeksi. Tieto asukkaiden hyvinvoinnista ja mielensterveydestä sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointihaasteisiin toimivat organisaation strategiатыn pohjana.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tarvitaan erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteensovittamista, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamista, psyykkisen ja fyysisen terveyden samanaikaista huomioon ottamista sekä laajempien yhteistyöverkostojen johtamista mielensterveyden nykyistä paremmaksi huomioimiseksi. Kansalaisten tarpeisiin vastataan tehokkaasti palvelujärjestelmän toimintaa optimoiden. Toiminnan johtaminen perustuu monialaiseen vaikuttavuuteen, esimerkkinä hyvinvointivaikuttavuus. Hyvä mielensterveysjohtaminen tarkastelee myös päihde- ja riippuvuusilmiöitä laajasti ehkäisevän työn sekä hoidon, kuntoutuksen ja haittojen vähentämisen näkökulmasta.

Hyvä johtaminen sopeuttaa organisaatiot ja niiden toiminnat ajankohtaisiin ilmiöihin, ajan virtauksiin, talouden realiteetteihin sekä valmistele ne kohtaamaan tulevaisuuden haasteet. Tiedolla johtaminen ja digitalisaation eri muotojen hyödyntäminen ovat osa mielensterveysjohtamista. Tietopohjan ja tietovarantojen käytettävyyden kehittäminen ja teknologian aiempaa tehokkaampi hyödyntäminen parantavat hyvän mielensterveysjohtamisen edellytyksiä.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi:

1. Luodaan yhteistyörakenteet eri hallinnonalojen ja järjestöjen sekä muun kansalaistoiminnan välillä valtioneuvostossa, maakunnissa ja kunnissa. Sovitaan yhteistyön johtamiskäytännöistä.
2. Sovitaan mittareista ja työkaluista yhteiskunnallisten päätösten mielensterveysvaikutusten arvioimiseksi.
3. Perustetaan vaikuttavan edistävän ja ehkäisevän työn työkalujen digitaalinen tietovaranto.
4. Tehostetaan johtamisen ja arvioinnin koulutusta.
5. Palvelujärjestelmän kokonaisuutta ja yhteistoiminnallisuutta korostava vastuunjako kirjoitetaan selkeiksi toimintamalleiksi niin, että tähän tarvittavat voimavarat, kustannusvastuut ja kompensatiomekanismit samalla todetaan. Kehitetään uudet mielensterveystyön rahoituksen mallit. Laaditaan eri hallinnonalojen välisille yhteistoiminnoille mallit, joissa kuvataan toimijoiden roolit, kustannusten jakautuminen ja toimintojen johtaminen.
6. Kehitetään tietopohjaa ja tietovarantojen käytettävyyttä niin, että palvelujen todellista tarvetta voitaisiin paremmin arvioida niiden käytön sijaan. Lähtökohdaksi tarvitaan tietoa eri häiriöiden esiintyvyydestä väestössä ja alueellisesti. Tutkimus- ja rekisteritieto palvelujen kustannuksista, laadusta ja tuloksista parantaa palvelujen sisällöllistä ohjausta. Tiedon keräämisessä hyödynnetään toimintaa ohjaavia laaturekistereitä. Palvelujen riittävyyden arviointiin kehitetään havainnointityökalut. Lasten ja nuorten ja ikääntyneiden mielensterveyden häiriöiden ilmaantuvuudesta ja esiintyvyydestä johtuvat erillistarpeet tunnistetaan näiden väestöryhmien palvelujen suunnittelussa ja mitoituksessa.
7. Vaikuttavuus ja sen arviointi ohjaavat palvelujärjestelmän toiminnan kehittämistä ja tarkoituksenmukaisten toimenpiteiden valintaa.

8. Aloitetaan strategisen tutkimuksen neuvoston mielenterveysstrategiaa tukeva tutkimusohjelma.
9. Nyt täytäntöön pantavan mielenterveysstrategian toteutumista seurataan erikseen koottavan mittari- eli indikaattoripaketin avulla.

4 Seuranta, toimenpiteet, mittarit, kustannukset

4.1 Vuosille 2020-2023 priorisoidut toimenpide-ehdotukset

(kirjoitetaan myöhemmin)

4.2 Seuranta ja ehdotukset mittareiksi

(kirjoitetaan myöhemmin)

4.3 Kustannukset

(kirjoitetaan myöhemmin)

Viitteet

Kirjallisuus, artikkelit (täydentyy)

Aaltonen S, Berg P & Ikäheimo S. Nuoret luukulla – Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:3. THL.) Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, Birchwood M, Buckley S, Chambers D, Davidson S, Duffy M, Gavin B, Healy C, Healy C, Keeley H, Maher M, Tanti C, McGorry P. Towards a new paradigm of care: The International Declaration on Youth Mental Health. Early Intervention in Psychiatry 7(2):103-108.

[Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016.](#)

Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. Depress Anxiety. 2009;26(11):1049-59.

Järvinen-Tassopoulous Johanna (toim.). Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-934-7>.

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Keinänen J, Mantere O, Markkula N, Partti K, Perälä J, Saarni SI, Härkänen T, Suvisaari J. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. Schizophr Res. 2018 Feb;192:113-118

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, DE Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Berglund P, Gruber MJ, Petukhova M, Chatterji S, Ustün TB. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168-76.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Fin Terveys 2017 –tutkimus. Raportteja 4*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Korja R, Nolvi S, Kataja E-L, Scheinin N, Junttila N, Lahtinen H, Saarni S, Karlsson L & Karlsson H. Finnbrain-tutkimus. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *Plos One*, 2018. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207856>

Mäkelä, Pia; Härkönen, Janne; Lintonen, Tomi; Tigerstedt, Christoffer; Warpenius, Katariina. Näin Suomi juo - Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. *Teema* 29. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallisen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. *Raportti 52/2017*. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2017.

Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Omar A-A-H, Snellman O, E Castenada A (toim.) *Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-351-9>

Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of The Homeless in Helsinki, Finland. Helsinki: Dissertations Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis 29/2019. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*. 2009 Aug 22;374(9690):620-7

Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health*. 2014 Apr 28;14:408.

Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, Arffman M, Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Apr;131(4):297-306.

https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*. 2009 Jan 10;373(9658):147-53.

Lake J, Turner MS. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. *Perm J*. 2017;21:17-024)

Tilastot, raportit, tietokannat

Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. (viitattu 16.7.2019) Saatavissa: www.käypähoito.fi

IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation). More than one in six people in EU countries have a mental health problem. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1787/888933833920>

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, 2018. Saatavissa: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tilasto Suomen eläkkeensaajista [verkkajulkaisu]. Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos [viitattu: 16.7.2019].
Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/elakk/>

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportit ja rahoitus 2017. Tilastoraportti 15. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019.

Taskutilastot 2018. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2018. Saatavissa: [URN:NBN:fi-fe2018053024990](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:fi-fe2018053024990).

Mielenterveysbarometri 2017. Mielenterveyden keskusliitto. www.mtkl.fi

Mielenterveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000 vastaavan ikäistä kohden. <https://sotkanet.fi>

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017. Tilastoraportti 33/2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018.

5 ITSEMURHIEN EHKÄISYOHJELMA

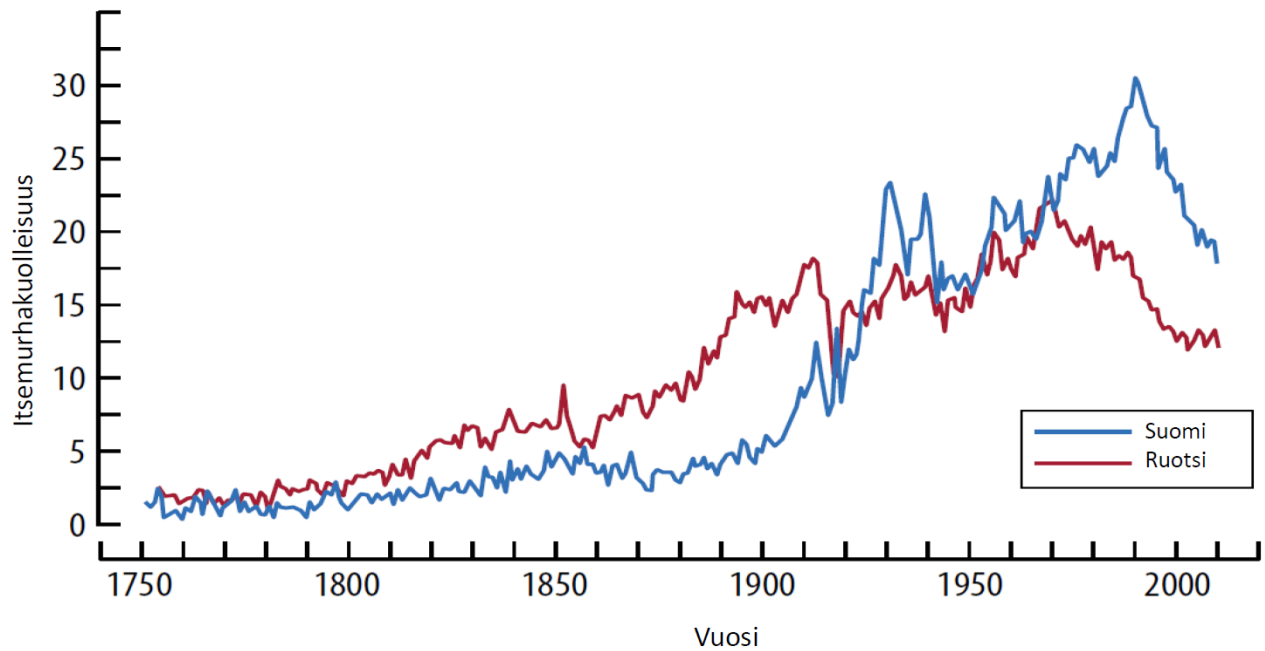
Itsemurhien ehkäisy vaatii tehostamista ja lisää uusia keinoja:

- itsemurhaa yrittäneitä kohtaavien asenteet ovat muokattavissa sellaisiksi, että itsemurhaa yrittäneitä ei syyllistetä tai pidetä huomionhakuksina.
- itsemurhakeinojen ja itsemurhavälineiden saatavuutta on ehkäistävä.
- matalan kynnyksen kriisipalveluita tulee olla saatavilla kaikkialla Suomessa, ja niistä tulee tiedottaa siten, että jokainen suomalainen tietää, missä tällaiset palvelut omalla alueella sijaitsevat ja miten ne ovat tavoitettavissa.
- hoitoon pääsyä helpotetaan ja nopeutetaan priorisoimalla itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito; varhainen tuki vaikeissa elämäntilanteissa ja kriiseissä ehkäisee ongelmien pahenemista ja voi estää myös itsemurhia.
- päihtyneiden tai päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien itsemurhavaaran vakavuutta arvioidaan kuten muillakin itsemurhavaarassa olevilla, tarvittaessa selviämis- ja katkaisuhoidossa.
- median osaaminen itsemurhaviestinnässä voi edistää itsemurhien ehkäisyä; myönteiset tarinat selviytymisistä auttavat löytämään apua vaikeissa tilanteissa.
- EU-lainsäädännön kehittäminen tavoitteena itsemurhiin rohkaisevan sisällön rajaaminen sosiaalisessa mediassa, videoissa, televisiosarjoissa ja elokuvissa.
- ajankohtaista tilastotietoa tarvitaan eri ikäryhmistä ja riskiryhmistä itsemurhien, itsemurhayrityksien, hoitoon pääsyn ja hoidon laadun sekä varhaisen tuen tarjonnan osalta.

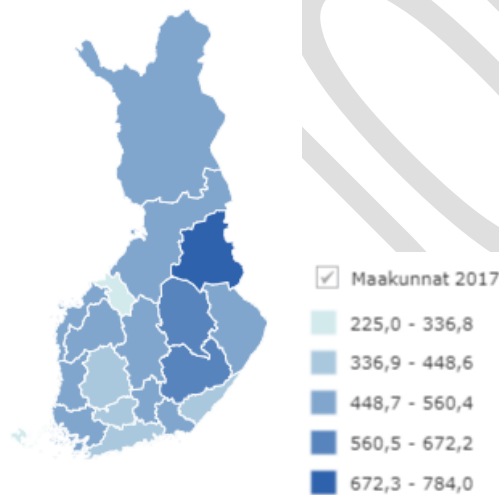
Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu vuodesta 1751 alkaen (kuva 1). Itsemurhakuolleisuus on puolittunut vuoden 1990 jälkeen (1). Myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) aikana (2, 3). Myönteisen kehityksen ei voida edellyttää jatkuvan Suomessa ilman toimenpiteitä itsemurhien ehkäisemiseksi (4, 5). Itsemurhakuolleisuuden voi olettaa paitsi vähitellen suurenevan väkiluvun ja väestön vanhenemisen takia, myös äkillisemmin itsemurhien nykyisten ehkäisykeinojen menettäessä vaikuttavuuttaan.

Itsemurhakuolleisuudessa on Suomessa ollut suuria alueellisia eroja, jotka koskevat niin miehiä kuin naisia (6, 7). Tämä näkyy itsemurhien takia menetetyistä elinvuosista (kuva 2), mikä kertoo ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden itsemurhien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän 100 000 asukasta kohti (sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3960). Kansallinen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelma (thl.fi/lastenturvallisuusohjelma) on esittänyt 10 toimenpidettä itsemurhien ehkäisemiseksi tavoitteenaan, että vuoteen 2025 mennessä nuorten itsemurhakuolleisuus on selvästi nykyistä pienempi (8).

Kuva 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa.



Kuva 2. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuosina 2015–2017.



Tuoreimpien tietojen mukaan vuoden 2017 aikana itsemurhaan kuoli 824 henkilöä ja itsemurhakuolleisuus oli 15,0 laskettuna 100 000 henkilöä kohti. Itsemurhaan kuolleiden ikä oli naisilla keskimäärin 49 vuotta, miehillä 46 vuotta, alle 25-vuotiaita itsemurhaan kuoli 107 henkilöä ja heistä 37 oli alle 20-vuotiaita.

Itsemurhaan käytettyjen keinojen mahdollisesta muutoksesta valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin jälkeisinä vuosina on vain niukasti tietoa ja sitäkin pelkästään paikallisesti tarkasteltuna (9) tai yksittäiseen keinoon (10) tai tiettyyn väestöosaan rajattuna (11).

Perustelut ohjelman tarpeelle

Itsemurhakuolleisuudessa on vahva eriarvoisuus. Noin 10 prosenttia sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteen erosta Suomessa johtuu itsemurhista. Taustalla on usein monitahoisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveysongelmia mielenterveyden häiriöiden lisäksi. On myös tavallista, että samalla henkilöllä on yhtäaika useampi kuin yksi mielenterveyshäiriö, esimerkiksi masennushäiriön ohella päihdehäiriö tai ahdistuneisuushäiriö. Mielenterveyden häiriöt ovat siten keskeisiä itsemurhalle altistavia syitä.

Vaikka tilastotiedot ja seurantatiedot itsemurhien takia menetetyistä elinvuosista alueittain ovat helposti saatavilla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Hyvinvointikompassista (www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/index.html) ja itsemurhakuolleisuudesta alueittain ja ikäryhmittäin Sotkanetistä (sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku), tämä tieto ei välttämättä tavoita sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon ammattilaisia. Lisäksi nämä tilastotiedot julkaistaan viipeellä. Tätä varten tarvitsemme mahdollisimman ajantasaista tietoa paitsi itsemurhien ikäjakaumasta ja alueellisesta jakaumasta myös itsemurhamenetelmistä, jotta itsemurhien ehkäisytöitä voidaan kohdentaa nykyistä paremmin.

Mielenterveyspoliittisten linjausten mielenterveyden eriarvoisuutta vähentävät ja mielenterveyttä edistävät toimet todennäköisesti myös ehkäisevät itsemurhia. Seuraavassa esitetään ehdotukset itsemurhien ehkäisyyn tähtääviksi toimenpiteiksi. Lisäksi jokaisen asiakokonaisuuden sisältämien toimenpiteiden toteutumista ja vaikuttavuutta seurataan erikseen indikaattoreiksi kerättävän tiedon avulla.

Ehdotukset ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi

Asenteiden muokkaaminen

Yhteiskunnallista keskustelua itsemurha-ajatuksista ja itsemurhista lisätään siten, että tavoitteena on kielteisen leimautumisen vähentäminen. Tämä edellyttää myös päihtymykseen tai päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden käsittelyä, koska huomattavalla osalla itsemurhaan kuolleista on ollut myös päihdeongelma. Avainryhmät tässä ovat terveydenhuollon ammattilaisten ohella nuoriso-ohjaajat, valmentajat, kuraattorit, sosiaalityöntekijät, vastaanottokeksissä ja seurakunnissa työskentelevät, vartijat, poliisit, velkaneuvojat, ulosottomiehet, ensihoitajat, palomiehet, vanginvartijat, toimittajat, esimiehet ja niin edelleen.

Toimenpide 1: Tarjotaan suurelle yleisölle säännöllisesti tietoa itsemurhien ehkäisystä ja mielenterveyden edistämisen keinoista.

Toimenpide 2: Jatketaan sisäministeriön sisäisen turvallisuuden ohjelman kanssa tehtävää yhteistyötä koulutusten järjestämiseksi hädän rajapinnassa eri ammateissa työtään tekeville.

Toimenpide 3: Luodaan tarkistuslista välittömän itsemurhavaaran tunnistamiseksi ja tunnistamisen jälkeisten toimenpiteiden asianmukaisuuden varmistamiseksi.

Itsemurhakeinoihin vaikuttaminen

Itsemurhakuolemia on voitu estää vaikuttamalla itsemurhakeinoihin. Tämän takia on tarkasteltava sitä, miten yleisiä nämä keinot ovat ja miten ne ovat saatavilla.

Toimenpide 4: Huomioidaan itsemurhavaara liikenneturvallisuustyössä.

Toimenpide 5: Huomioidaan itsemurhavaara rakennusten, siltojen, junaratojen ja muiden liikenneväylien ympäristösuunnittelussa.

Toimenpide 6: Huomioidaan itsemurhavaara sisustusratkaisuissa erityisesti sairaaloissa, lastensuojelulaitoksissa, vastaanottokeskuksissa ja rangaistuslaitoksissa.

Toimenpide 7: Kehitetään sääntelyä myrkkujen saatavuuden ja säilytyksen osalta.

Toimenpide 8: Kehitetään sääntelyä lääkkeiden saatavuuden, kotisäilytyksen ja reseptikäytäntöjen osalta huomioiden erityisesti riskitekijöistä päihdeongelmat. Esimerkiksi apteekkisopimuksilla voidaan rajata reseptilääkkeiden väärinkäyttöä.

Toimenpide 9: Kehitetään sääntelyä ampuma-aseiden saatavuuden ja säilytyksen osalta.

Varhaistuen tarjoaminen

Yksilön toimintaan keskittyvästä ajattelusta tulee siirtyä tarkastelemaan myös itsemurhavaaran liitoksia elämäntilanteisiin ja ympäristöön. Tällä tavoin he, joilla on kasautuvia taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen osattomuuden kokemuksia ja voimavarojen ehtymistä, voivat saada paremmin apua. Monia itsemurhan suhteen riskiryhmiin kuuluvia tavoitetaan parhaiten kasvokkain.

Toimenpide 10: Laajennetaan auttavien puhelimien toiminta myös muille kieliryhmille kuin suomenkielisille. Tuetaan ja ajantasaistetaan tässä toiminnassa päivystävien osaamista.

Toimenpide 11: Perustetaan verkossa ympärivuorokautisesti saatavilla oleva keskustelutukitoimi, johon sosiaalisen median palveluntarjoajat veloitetaan ohjaamaan itsemurhavaarassa olevat asiakkaansa.

Toimenpide 12: Tarjotaan varhaista tukea kynnyksettä myös kasvokkain eri kieliryhmiin kuuluville.

Riskiryhmien tukeminen

Itsemurhasta viestineet ja itsemurhaa yrittäneet ovat suurimmassa itsemurhavaarassa. Myös muita riskiryhmiä on huomioitava ja mahdollisten erityistoimien tarve on arvioitava. Päihtyneiden tai päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien itsemurhavaara on arvioitava kuten muillakin. Mikäli päihtymys estää luotettavan arvioinnin, päihtynyt on tarvittaessa otettava selviämis- ja katkaisuhoitoon tilanteen selvittämiseksi ja jatkotoimien tarpeen arvioimiseksi.

Toimenpide 13: Tarjotaan itsemurhaan kuolleiden omaisille ja läheisille aktiivisesti tukea itsemurhan jälkeen.

Toimenpide 14: Kehitetään sensitiivisiä ehkäisyohjelmia ja kriisityötä yhdessä sateenkaariväestön ja vähemmistöryhmien edustajien, väkivallan uhrien ja muissa kriisitilanteissa olevien, kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneiden, vankien, ulosotossa olevien sekä vammaisten, pitkäaikaisesta kivusta, päihdeongelmista ja ongelmapelaamisesta kärsivien kanssa.

Toimenpide 15: Koulutetaan mielipidevaikuttajia esimerkiksi kouluissa ja puolustusvoimissa toteutettavaa mielenterveyden vahvistamista ja itsemurhien ehkäisyä varten.

Toimenpide 16: Lisätään vaikuttaviksi osoitettujen itsemurhien ehkäisymenetelmien käyttöä nuorisotyössä.

Toimenpide 17: Kehitetään etsivää työtä verkossa riskiryhmien tavoittamiseksi ja rohkaisemiseksi avun hakemiseen.

Toimenpide 18: Vahvistetaan mielenterveyden edistämisen keinoin mielenterveystaitoja vaikeuksissa olevissa ja äkillisesti muuttuvissa työyhteisöissä, esimerkiksi toiminnan supistamisen ja konkurssitilanteiden yhteydessä.

Toimenpide 19: Järjestetään vanhuspalveluissa esteetön ympäristö, uudenlaisia yhteisöllisempiä asumismuotoja ja verkko- ja puhelinperusteista tukea yksinäisyyden ehkäisemiseksi.

Hoidon kehittäminen

Hoitohenkilöstön osaamista vahvistetaan siten, että hoitohenkilöstöllä on korkeatasoinen osaaminen ja yhteiset, näyttöön perustuvat mallit itsemurhavaaran puheeksi otossa ja arvioinnissa sekä itsemurhien ehkäisyssä ja riittävä tuki muun muassa konsultaatioiden ja työnohjauksen muodossa. Avainryhmät tässä ovat ensihoidon henkilöstö ja päivystysvastaanotoilla työtään tekevät.

Toimenpide 20: Jatketaan sosiaali- ja terveysministeriön kanssa yhteistyötä koulutusten järjestämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa työtään tekeville alan ammattilaisille.

Toimenpide 21: Tehostetaan edelleen näyttöön perustuvien hoitomenetelmien ja erityisesti uusien sähköisten menetelmien käyttöä itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoidossa.

Toimenpide 22: Vahvistetaan yhteistyötä hoitotahojen kesken, jotta itsemurhavaarassa olevan potilaan hoito jatkuu saumattomasti hoitotahon vaihtuessa. Palvelut tulee koota yhteen sekä henkilön että hänen perheensä tarpeiden mukaan.

Toimenpide 23: Tarjotaan kaikille itsemurhaa yrittäneille tarpeenmukaisia palveluja välittömästi yrityksen jälkeen koordinoituna ne yhteen.

Toimenpide 24: Seurataan kaikkien itsemurhaa yrittäneiden vointia riittävän tiiviisti yrityksen jälkeen.

Toimenpide 25: Järjestetään viipeettä kaikille välittömässä itsemurhavaarassa oleville psykiatrisen asiantuntemukseen perustuva konsultaatio, jotta hoidon tarve voidaan arvioida ja tehdä jatkosuunnitelma mahdollisine turvasuunnitelmineen.

Toimenpide 26: Järjestetään välittömässä itsemurhavaarassa olevia tapaaville tai hoitaville tahoille mahdollisuus välittömään konsultaatioon.

Toimenpide 27: Huomioidaan nuorten kohdalla vanhemmat ja sisarukset.

Toimenpide 28: Huomioidaan vanhempien kohdalla lapset ja heidän tuen tarpeensa.

Toimenpide 29: Vahvistetaan yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen ja muun hoitojärjestelmän välillä.

Toimenpide 30: Mahdollistetaan johtamisjärjestelmän tuki laadukkaalle ja inhimilliselle hoitokulttuurille.

Mediaosaamisen lisääminen

Median toiminnalla on osoitettu olevan joko kielteistä tai myönteistä vaikutusta myös itsemurhakuolemiin. Tämän takia yhteistyössä media-alan ammattilaisten kanssa on laadittu suosituksia siitä, miten itsemurhasta yleisesti ja etenkin yksittäisistä itsemurhakuolemista olisi syytä kertoa suurelle yleisölle.

Toimenpide 31: Suunnitellaan ja järjestetään yhteistyössä media-alan ammattilaisten kanssa koulutus itsemurhasta uutisoimisen ja viestimisen sisällöistä.

Toimenpide 32: Asetetaan sosiaalisen median palveluntarjoajille ja alustoista vastaaville tahoille velvoite valvontatoimiin, joihin sisältyy velvollisuus tunnistaa itsemurhiin rohkaiseva sisältö ja itsemurhaan viittaavat viestit sekä luoda ohjausjärjestelmä itsemurhavaarassa oleville.

Tutkimuksen vahvistaminen

Jotta itsemurhien ehkäisytoimia voidaan kohdentaa nykyistä paremmin, tarvitsemme mahdollisimman ajantasaista tietoa paitsi itsemurhien ikäjakaumasta ja alueellisesta jakaumasta myös itsemurhamenetelmistä. Lisäksi tarvitsemme tutkimusta itsemurhavaaraan johtaneista syistä, jotta itsemurhien estämiseksi voidaan löytää uusia keinoja.

Toimenpide 33: Sosiaali- ja terveysministeriö laatii hallituskausittain toimeenpanosuunnitelman itsemurhien ehkäisystä, jolla sitoutetaan mukaan kaikki tärkeät sidosryhmät eri hallinnonaloilta.

Toimenpide 34: Laaditaan alueiden mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan myös itsemurhien ehkäisysuunnitelma.

Toimenpide 35: Rahoitetaan tutkimusta uusien digitaalisten ehkäisykeinojen tunnistamiseksi.

Toimenpide 36: Käynnistetään Suomen Akatemian poikkitieteellinen itsemurhatutkimuksen ohjelma.

Toimenpide 37: Ulotetaan onnettomuustutkinta myös itsemurhiin, aluksi nuorten ja lopulta kaikkiin itsemurhiin.

Toimenpide 38: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos käynnistää kansallisen itsemurharekisterin itsemurhien ehkäisyn laadun seuraamiseksi ja arvioimiseksi sekä itsemurhatutkimuksen mahdollistamiseksi.

Toimenpide 39: Nimetään kansallinen itsemurhatutkimuksen osaamiskeskus.

Toimenpide 40: Annetaan vastuu valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyohjelman koordinoinnista, seurannasta ja arvioinnista ja siihen tarvittavat voimavarat tietyille taholle, esimerkiksi yliopistolle tai Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle.

Toimenpide 41: Toteutetaan järjestölähtöisen varhaisen tuen ja avun koordinaatio, seuranta ja arviointi esimerkiksi Suomen Mielenterveysseuran itsemurhien ehkäisykeskuksessa.

Toimenpide 42: Vakinaistetaan itsemurhien ehkäisytyötä tekevien järjestötoimijoiden toimintaedellytykset ja toiminta Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja alueiden (maakuntien) tuella.

Seuranta, mittarit, kustannukset

Itsemurhien ehkäisyohjelman seuranta ja ehdotukset mittareiksi (kirjoitetaan myöhemmin)

Kustannukset (kirjoitetaan myöhemmin)

Viitteet, Itsemurhien ehkäisyohjelma:

1. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkójulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus, 2017. ISSN=1799-5051. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html
2. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999.
3. Hakanen J, Upanne M. Itsemurhien ehkäisyn käytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojektin seuranta ja arviointi. Raportteja 228. Helsinki: Stakes, 1999.
4. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. Duodecim 2014; 130: 1536–1544.
5. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa. Suom Lääkäril 2015; 70: 1983–1989.

6. Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003; 119: 1827–1834.
7. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Tilastokeskus 2018 [viitattu: 23.5.2018]. Saantitapa: www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat_html/atlas.html
8. Korpilahti U, toim. Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025: osa I. Työpäperi 11/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.
9. Lahti A, Harju A, Hakko H, Riala K, Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 123–128.
10. Lapatto-Reiniluoto O, Vuori E, Hoppu K, Ojanperä I. Fatal poisonings in Finland during the years 2004–2009. *Hum Exp Toxicol* 2013; 32: 600–605.
11. Laukkala T, Partonen T, Marttunen M, Henriksson M. Suicides among military conscripts between 1991–2007 in Finland: a descriptive replication study. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 270–274.