



Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030

Helena Vormaa, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF: 978-952-00-4139-7

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2020



Painotuotteet
4041-0619



Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö	11.2.2020	
Tekijät	Helena Vormo, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (toimittajat)		
Julkaisun nimi	Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2020:6		
ISBN painettu	978-952-00-4143-4	ISSN painettu	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4139-7	ISSN PDF	1797-9854
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7		
Sivumäärä	70	Kieli	suomi
Asiasanat	mielenterveys, itsemurhat, mielenterveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, mielenterveyspalvelut, päihteet, psyykinen toimintakyky, psyykkiset sairaudet, kuntoutus, kehittäminen		
Tiivistelmä	<p>Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 perustuu pitkäaikaiseen valmisteluun ja laaja-alaiseen yhteistyöhön. Lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa ja sen eri toimialoilla ja tasoilla.</p> <p>Mielenterveysstrategia tunnistaa mielenterveyden merkityksen muuttuvassa maailmassa. Mielenterveys nähdään voimavaraksi, jota voidaan tukea. Mielenterveyden häiriöitä voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti ja niihin liittyvää syrjintää ja leimaamista vähentää. Koska mielenterveyden häiriöt ovat kansanterveydellinen haaste, palvelujen (mukaan lukien päihdepalvelut) saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle. Strategia antaa suuntaviivat päätöksenteolle sekä toiminnan ja voimavarojen suuntaamiselle. Laaja yhteistyö on tarpeellista sen tavoitteiden saavuttamiseksi.</p> <p>Strategiassa on viisi sisällöllistä painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, palvelut ja mielenterveysjohtaminen. Seurantaan ehdotetaan sekä olemassa olevia että kehitettäviä mittareita.</p> <p>Strategian tavoitteita toteutetaan aluksi lisäämällä ehkäisevien ja hoitopalveluiden saatavuutta perustasolla sekä näiden ylläpitämiseksi tarvittavaa yhteistyörakennetta. Lisäksi parannetaan työelämään kuntouttavia mielenterveyspalveluja, mielenterveys-osaamista kunnissa ja itsemurhien ehkäisyä.</p> <p>Julkaisu on päivitetty 17.2.2020, s. 25.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö		
Painopaikka ja vuosi	PunaMusta Oy, 2020		
Julkaisun jakaja/ myynti	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	11.2.2020	
Författare	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (redaktörer)		
Publikationens titel	Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:6		
ISBN tryckt	978-952-00-4143-4	ISSN tryckt	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4139-7	ISSN PDF	1797-9854
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7		
Sidantal	70	Språk	finska
Nyckelord	mental hälsa, självmord, psykiskt hälsofrämjande arbete, förebyggande, mentalvårdstjänster, rusmedel, psykisk funktionsförmåga, mentala störningar, rehabilitering, utveckling		
Referat	<p>Den nationella strategin för psykisk hälsa och det nationella programmet för suicidprevention 2020–2030 bygger på en lång beredning och ett brett samarbete. Utgångsläget är att den psykiska hälsan bör beaktas på ett övergripande sätt på olika sektorer och nivåer i samhället.</p> <p>Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödjas. Psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inkl. missbrukarvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälso-tjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.</p> <p>Strategin innehåller fem prioriteringar: psykisk hälsa som en resurs, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, tjänster och ledarskap i psykisk hälsa. För uppföljningen föreslås både befintliga o ch nya indikatorer.</p> <p>Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetsstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna samt suicidpreventionen.</p> <p>Publikation uppdaterades den 17 februari 2020, s. 25.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Tryckort och år	PunaMusta Ab, 2020		
Distribution/ beställningar	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health	11 Feb 2020	
Authors	Helena Vormaa, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (editors)		
Title of publication	National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030		
Series and publication number	Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2020:6		
ISBN (printed)	978-952-00-4143-4	ISSN (printed)	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4139-7	ISSN (PDF)	1797-9854
Website address (URN)	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7		
Pages	70	Language	Finnish
Keywords	mental health, suicides, mental health promotion, prevention, mental health services, intoxicants, mental functioning, mental disorders, rehabilitation, development		
<p>Abstract</p> <p>The National Mental Health Strategy and Suicide Prevention Agenda 2020–2030 are based on long-term preparations and broad-based collaboration. The starting point is the comprehensive approach of mental health in society and its different sectors and levels.</p> <p>The strategy recognises the importance of mental health in a changing world. Mental health is seen as a resource that can be supported. It is possible to effectively prevent and manage mental disorders and reduce discrimination and stigmatisation associated with mental disorders. Mental disorders are a public health challenge, and therefore the availability of mental health services (and addiction services) must be brought to the same level of other health and social services. The strategy provides guidelines for decision-making and for targeting activities and resources. Extensive collaboration is necessary to achieve the objectives.</p> <p>The strategy has five priority areas: mental health as capital, mental health of children and young people, mental health rights, services and mental health management. Monitoring of progress should use both existing indicators and new indicators.</p> <p>The objectives of the strategy will first be implemented by increasing the availability of preventive services and therapies at the basic level and by improving the cooperation structures necessary for maintaining these services. Other measures aim to improve employment-oriented mental health services, raise the level of mental health competence in municipalities and step up suicide prevention efforts.</p> <p>Publication was updated on 17th February 2020, p. 25.</p>			
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Printed by (place and time)	PunaMusta Ltd, 2020		
Distributed by/ publication sales	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisältö

Lukijalle	9
1 Miksi Suomessa tarvitaan mielenterveysstrategiaa?	11
1.1 Mielenterveys osana kansanterveyttä ja hyvinvointia.....	11
1.2 Mitä tarkoitetaan mielenterveydellä, psyykkisellä hyvinvoinnilla, psyykkisillä sairauksilla? Mielenterveysstrategiassa käytettyjä käsitteitä	14
2 Mielenterveyslinjaukset	17
2.1 Mielenterveys pääomana	18
2.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa	21
2.3 Mielenterveysoikeudet	25
2.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut.....	29
2.5 Hyvä mielenterveysjohtaminen.....	35
3 Toimenpiteet, seuranta ja kustannukset	38
3.1 Vuosille 2020–2022 suunnitellut toimenpiteet.....	38
3.2 Seuranta ja ehdotukset mittareiksi	39
3.3 Taloudelliset vaikutukset ja kustannukset.....	44
4 Itsemurhien ehkäisyohjelma	48
Liite	58
Lähteet	62

LUKIJALLE

Tavoitteellinen suunnittelu on yhteisen tekemisen välttämätön ehto yhteiskunnassa, jossa intressit kilpailevat huomiosta ja yhteisistä voimavaroista.

Mielenterveyden hyväksi on tehtävä työtä monella tasolla ja monialaisesti. Tarpeet ovat moninaiset: ne ulottuvat koko väestön mielenterveyden edistämisestä vaikeiden psykiatristen tilojen kiireelliseen hoitoon. Kokonaisuuden suunnittelu tarvitsee yhteisesti hyväksytyihin arvoihin nojaavia periaatteita, joiden pohjalta voidaan suunnitella toimenpiteitä. Mielenterveysstrategia antaa suuntaviivat konkreettisille päätöksille.

Mielenterveysstrategioita on laadittu useissa länsimaissa. Ne ovat piirteiltään samansuuntaisia, ja niissä painotetaan samankaltaisia asioita. Ne nojaavat yleisesti hyväksytyihin arvoihin, kuten oikeudenmukaisuuteen ja heikommassa asemassa olevien auttamiseen. Myös Suomessa on aiemminkin tehty strategista suunnittelua, kun kirjoitettiin ja toimeenpantiin Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli) vuosille 2009–2015. Mielenterveysstrategia 2020–2030 on sen seuraaja.

Mieli-suunnitelmassa oli neljä painopistettä: asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ, mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen ja ohjaukeinojen kehittäminen. Jälkeenpäin tehdyssä ulkoisessa arvioinnissa niiden todettiin olleen oikeita ja ohjelman hyödyllinen. Mielenterveyshäiriöitä sairastavien oikeuksien katsottiin edenneen jonkin verran, ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittaminen eteni joiltain osin. Mielenterveyttä edistävän ja ongelmia ennalta ehkäisevän työn kehittäminen oli jäänyt osin toiveeksi, ja palvelujärjestelmän ohjauksen kehittämisen katsottiin jääneen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisprosessin jalkoihin. Kaikkiaan ohjelma oli aktivoitunut

palvelujärjestelmää tärkeällä tavalla. Ilmaan oli kuitenkin jäänyt kysymys, miten mielenterveystyön tavoitteellista suunnittelua jatketaan.

Maailma muuttuu, ja se muuttaa myös joiltain osin ihmisten tarpeita, sillä tulevaisuudennäkymät väistämättä vaikuttavat hyvinvointiin. Koska asenteet mielenterveyden ongelmia kohtaan ovat lieventyneet, yhä useampi hakeutuu hoitoon, mikä merkitsee, että palveluja on suunniteltava uusista lähtökohdista. Mahdollinen eriarvoistuminen voidaan nähdä myös mielenterveyskysymyksenä.

Mielenterveysstrategia 2020–2030 ei tarjoa suoria ratkaisuja mielenterveystyön haasteisiin, vaan tukea tavoitteelliseen suunnitteluun ja ohjelmatyöhön. Sen periaatteet ja painopisteet tarjoavat apua esimerkiksi poliittiseen päätöksentekoon tai kehittämistyöhön. Siinä kiteytyy Mieli-suunnitelman henki periaatteiksi, joita ohjaa halu turvata sekä kaikkien oikeus hyvinvointiin että mielenterveysystävällisessä heikommassa asemassa olevien oikeus tukeen ja vaikuttaviin palveluihin.

Mielenterveysstrategia pitää sisällään mielenterveystyön painopisteet Suomessa vuoteen 2030 asti. Siihen kuuluu erillinen, tavoitteellinen itsemurhien ehkäisy-ohjelma. Mielenterveysstrategian seuraamiseksi on määritelty kansallisia mittareita, joiden avulla strategian vaikuttavuutta voidaan seurata ja tarvittaessa tehostaa sen käyttöä.

Mielenterveysstrategia ohjaa myös päihdepalvelujen kehittämistä. Siinä ehdotetut päihteitä koskevat toimenpiteet sovitetaan yhteen alkoholi-, tupakka-, huume- ja rahapelipolitiikan kanssa, ja ne täydentävät Ehkäisevän päihdetyön toimenpideohjelmaa. Vuoteen 2025 asti voimassa oleva Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma tukee kunnissa ja alueilla tehtävää lakisäätöistä työtä.

Helsingissä 11.2.2020

Sami Pirkola

Saila Hohtari

Tapio Kekki

Päivi Rissanen

Salla Toppinen-Tanner

Meri Larivaara

Hanna-Mari Alanen

Pia Hytönen

Airi Partanen

Timo Salmisaari

Kristian Wahlbeck

Tuulia Rotko

Virve Flinkkilä

Matti Kaivosoja

Klaus Ranta

Jaana Suvisaari

Helena Vormaa

1 Miksi Suomessa tarvitaan mielensterveysstrategiaa?

1.1 Mielenterveys osana kansanterveyttä ja hyvinvointia

Mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa on kasvanut. Taustalla on suuria yhteiskunnallisia muutoksia: teknologinen kehitys on kiihtynyt, ihmiset muuttavat kaupunkiin ja maasta toiseen ja arvot ja elämäntyyli ovat monipuolistuneet. Työelämässä koulutuksen ja jatkuvan oppimisen merkitys on kasvanut, ja yhä useampi tekee työtä, jossa kognitiivinen kuormitus ja stressi ovat arkipäivää. Muuttuvassa ympäristössä hyvä mielensterveys on yksilöille yhä tärkeämpi voimavara. Se tukee tasapainoista elämää ja luo edellytyksiä toimia erilaisten yhteisöjen osana. Elämän eri osa-alueilla on mahdollisuus ja jopa pakko tehdä erilaisia valintoja, ja siksi psyykinen joustavuus, mukautumiskyky, uuden oppiminen ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ovat muuttuneet entistä tarpeellisemmiksi ominaisuuksiksi.

Kansanterveyden kokonaiskuva on muuttunut viime vuosikymmeninä. Väestön fyysinen terveys ja elinajanodote ovat parantuneet, mutta mielensterveydessä vastaavaa suotuisaa kehitystä ei ole tapahtunut. Mielenterveyden häiriöt (sisältäen päihdehäiriöt) ovat suuria kansanterveydellisiä haasteita. Jopa puolella väestöstä on jokin mielensterveyden häiriö jossain vaiheessa elämää, ja lähes puolet työkyyvyttömyyseläkkeistä aiheutuu mielensterveyden häiriöistä. Vaikka näiden sairauksien määrä väestössä ei ole lisääntynyt, ja niiden hoidosta tiedetään enemmän, ne aiheuttavat suurenevan osuuden ihmisten toimintakyvyn menetyksistä. Etenkin päihteiden käyttö aiheuttaa myös ennenaikaisia kuolemia. Samaan aikaan hoidon ja muiden palvelujen saatavuus ei ole kehittynyt yhtä hyvin kuin fyysisten sairauksien hoidossa. Jotta mielensterveyspalvelut (mukaan lukien päihderiippuvuuksien

hoitopalvelut) saadaan muiden terveystaloiden tasolle, vaaditaan yhteistä sitoutumista ja voimavaroja.

Suomalaisista 86 % arvioi psyykkisen hyvinvointinsa vähintään kohtalaiseksi.

(Koponen ym. 2018)

Lähes 20 %:lla suomalaisista on jokin mielenterveyden häiriö.

(OECD/EU, IHME 2018)

Elinikäinen riski sairastua mihin tahansa psyykkiseen sairauteen on lähes 50 %.

(Kessler ym. 2007; Suvisaari ym. 2009)

Aikuisista noin 30 % ylittää alkoholin ongelmakäytön rajat.

(Sotkanet, 2018)

Noin 3 %:lla suomalaisista on rahapeliongelma.

(Cantell ym. 2019)

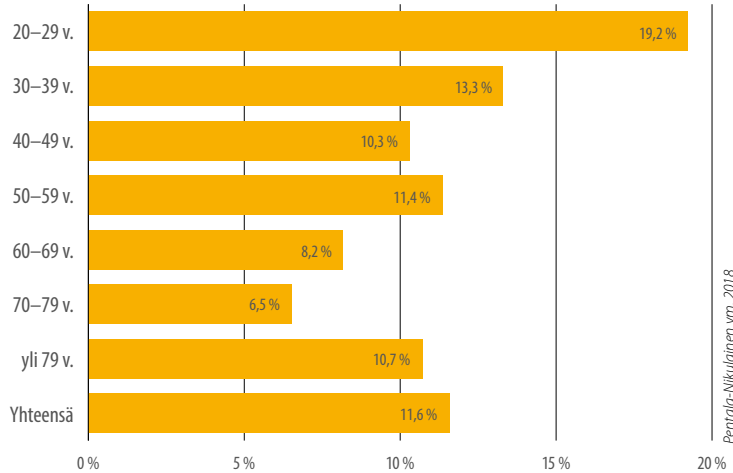
Mielenterveyttä voidaan lähestyä kahdesta näkökulmasta: Toisaalta hyvä mielenterveys on toimintakykyä ja elämänlaatua tukeva voimavara. Toisaalta katse voidaan kohdistaa psyykkiseen oireiluun ja sairauksiin. Kummassakin tapauksessa yksilön mielenterveyteen vaikuttavat perinnölliset tekijät, elinympäristö ja muut ympäristötekijät.

Mielenterveyteen vaikuttavat monet sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolella olevat tekijät, joihin voidaan vaikuttaa muiden hallinnonalojen toimilla. Sosio-ekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammattiasema ja tulot, ovat yhteydessä mielen-terveyteen. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla on lähes kaksi kertaa enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta kuin ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla. Perheen heikko sosiaalinen ja taloudellinen asema lisää nuorten masennusoireilua

ja päihteiden kokeilua ja käyttöä, ja se on yhteydessä mielenterveyshäiriöihin ja alhaisempaan koulutukseen myös aikuisiässä. Sosiaalisen eriarvoisuuden vaikutukset somaattiseen ja psyykkiseen terveyteen olisivat suurelta osin vältettävissä.

Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%)

Mielialia- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä niillä, jotka kokevat merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta.



Psyykkiseen sairastamiseen ja päihteiden käyttöön liittyy voimakas syrjinnän ja syrjäytymisen riski. Perusoikeudet turvaavat kaikkien ihmisten oikeudet välttämättömään turvaan ja riittäviin palveluihin, mutta käytännössä ne eivät toteudu yhdenvertaisesti. Tämän vuoksi syrjinnän ja kielteisen leiman vastainen työ on ensisijaisen tärkeää.

Mielenterveys on keskeinen hyvinvoinnin osatekijä, ja se vaikuttaa yhteiskunnan vakauteen ja kustannuksiin eri sektoreilla. Taloudelliset vaikutukset muodostuvat toisaalta siitä, miten paljon mielenterveyden ongelmat aiheuttavat julkisen sektorin kustannuksia, ja toisaalta siitä, missä määrin mielenterveys vaikuttaa työn tuottavuuteen.

Tarvitsemme mielenterveysstrategian ohjaamaan pitkäjänteistä, tuloksellista ja ajantasaista mielenterveyspolitiikkaa ja sen toimeenpanoa. Yhteistyötä tarvitaan monessa mielessä: Ensinnäkin eri hallinnonalojen sekä julkisen, yksityisen, kolmannen sektorin ja muun kansalaistoiminnan on toimittava yhdessä ja samaan suuntaan. Samoin tarvitaan siltoja mielenterveyttä edistävän ja mielenterveyden

häiriöitä ehkäisevän työn ja myös sairaanhoidon ja kuntoutuksen välille. Kolmanneksi tulosten saavuttaminen vaatii kiinteämpää yhteistyötä somaattisen lääketieteen ja psykiatrian välillä sekä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Mielen-terveyden ja mielenterveytyksen strateginen kehittäminen tarkoittaa samaan aikaan sekä taloudellisuutta, oikeudenmukaisuutta että vaikuttavuutta.

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

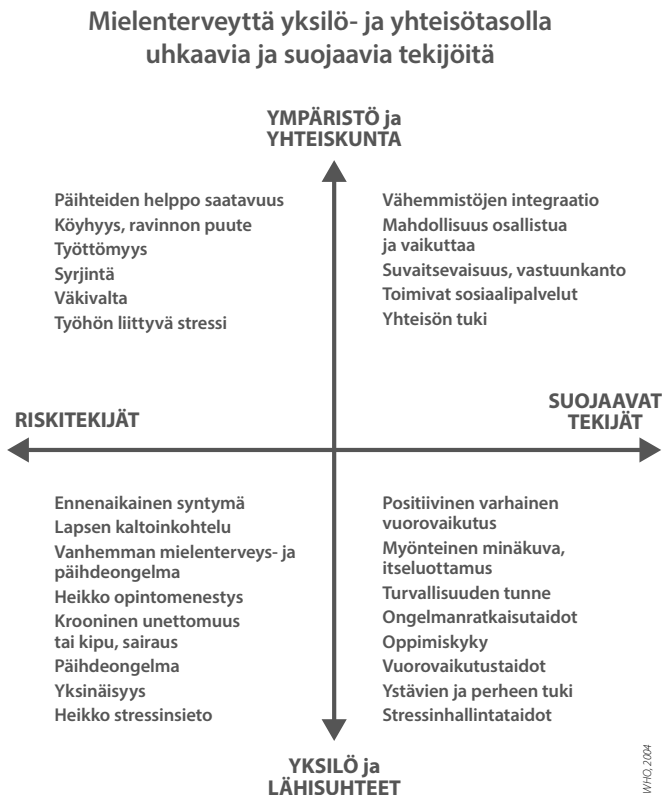
Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, pystyy selviytymään normaaleista elämään kuuluvista paineista ja pystyy työskentelemään tuloksia tuottavasti sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO, 2014). Mielenterveys vaikuttaa olennaisesti fyysiseen terveyteen ja on 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. Myös esimerkiksi työ ja toimiva terveydenhuolto suojaavat mielenterveyttä. Mielenterveyteen liittyviä tietoja ja taitoja, kuten selviytymis- ja ongelmanratkaisutaitoja, voi myös oppia ja opettaa.

Hyvään mielenterveyteen kuuluvat esimerkiksi kyky ihmissuhteisiin, kyky mielekkääseen toimintaan, itseluottamus, taito ratkaista ongelmia ja palautumiskyky vastoin käymisten jälkeen. Mielenterveyden heiketessä jotkin näistä kyvyistä voivat heiketä tai voi ilmentyä psyykkisiä oireita. Riippuvuuksissa toiminnan painopiste siirtyy pakonomaiseen suuntaan. Päihderiippuvuuksien keskeisiä piirteitä ovat päihteen käytön pakonomaisuus ja toistuva palaaminen päihteen käyttöön. Mielenterveys voi heiketä tilapäisesti tai pitkäkestoisesti. Psyykkiset oireet eivät useinkaan merkitse sairautta, vaan voivat olla ohimeneviä reaktioita elämäntilanteeseen.

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

Psykkinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Psykkinen toimintakyky kattaa muun muassa tunteisiin, ajatustoimintaan, hahmottamiseen, arviointikykyyn ja ongelmanratkaisuun liittyviä toimintoja. Kognitiiviset eli tiedon käsittelyyn ja ajatteluun liittyvät toiminnot ovat keskeisiä psykkinen toimintoja.



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** ja lääkkeiden ja päihteiden haitallinen käyttö kuuluvat mielenterveyden häiriöiden diagnoosiryhmään. Psykkisiin sairauksiin sisältyy usein muutoksia ajattelussa, tunteissa, kognitiivisessa toiminnassa, käyttäytymisessä tai ihmissuhteissa. Nämä sairaudet voivat aiheuttaa jonkin verran häiritseviä oireita ja tavanomaisen toimintakyvyn heikkenemistä tai huomattavaa kärsimystä ja 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. Mielenterveysosaamiseen kuuluu **päihdeosaaminen**. Päihdeosaaminen tarkoittaa tietoa yksilön ja yhteisön päihdeettömyyttä suojaavista tekijöistä, päihteisiin liittyvistä terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavista tekijöistä sekä olemassa olevista palveluista. Mielenterveysosaamiseen kuuluu myös ymmärrys mielenterveyden ja päihteiden käytön merkityksestä koko yhteiskunnan hyvinvoinnille ja menestykselle.

Mielenterveystaidot ovat tunne-, tietoisuus- ja vuorovaikutustaitoja, joustavuutta selviytyä elämäntilanteista ja kykyä säädellä kuormitusta ja stressiä sekä luoda merkityksellisiä suhteita muihin ihmisiin. Niillä tarkoitetaan myös kykyä hallita ja säädellä impulsseja, jotka voisivat johtaa vahingolliseen päihteiden käyttöön tai muulla tavalla ilmenevään vahingolliseen elämää hallitsevaan toimintaan. 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 Mielenterveyslinjaukset

Mielenterveysstrategiassa on viisi painopistettä:

1. mielenterveys pääomana,
2. lasten ja nuorten mielenterveys,
3. mielenterveysoikeudet,
4. tarpeenmukaiset laaja-alaiset palvelut,
5. mielenterveysjohtaminen.

Strategian lähtökohtana on, että mielenterveys vaikuttaa kaikkeen terveyteen ja sosiaaliseen ja taloudelliseen hyvinvointiin. Mielenterveyden perusta rakentuu lapsuudessa ja nuoruudessa. Mielenterveysoikeuksilla tarkoitetaan tässä tietämättömyyden, syrjinnän ja leimaamisen vastaista työtä sekä hyvän mielenterveyden näkemistä perusoikeutena, johon kaikilla on yhtäläinen oikeus. Etenkin tarkoitetaan mielenterveyden häiriöitä sairastavien henkilöiden perusoikeuksien toteutumista. Psykkisiin sairauksiin liittyviä palveluita ja yhteiskunnan muiden alueiden mielenterveyteen vaikuttavaa toimintaa täytyy kehittää laaja-alaisesti; tässä strategiassa keskitytään erityisesti kokonaisuuksien johtamiseen.

2.1 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 työvoimaan kuuluvien ihmisten mielenterveyteen. Väestön 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.
- Yleisen kansanterveydellisen näkökulman lisäksi erikseen otetaan huomioon eri vähemmistöryhmät, kielelliset ja kulttuuriset ryhmät.

Linjauksen perustelut

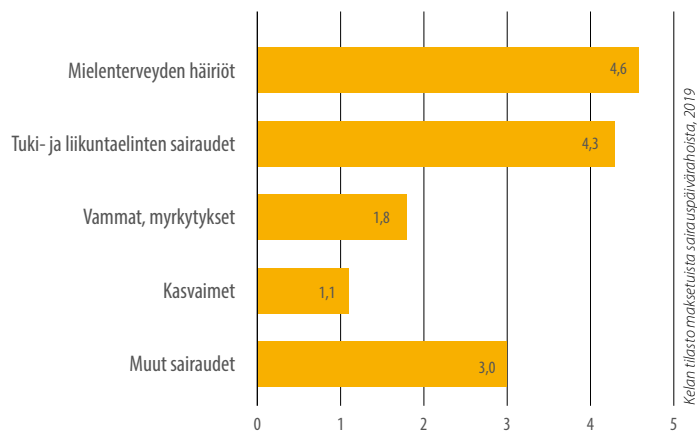
Mielenterveys pääomana viittaa mielenterveyden keskeiseen merkitykseen yksilöille, yhteisöille ja yhteiskunnalle. Hyvä mielenterveys parantaa mahdollisuuksia hyviin ihmissuhteisiin ja opinnoissa ja työelämässä onnistumiseen. Työ on keskeinen osa ihmisten hyvinvointia ja useimmille tärkeä elämän osa-alue.

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

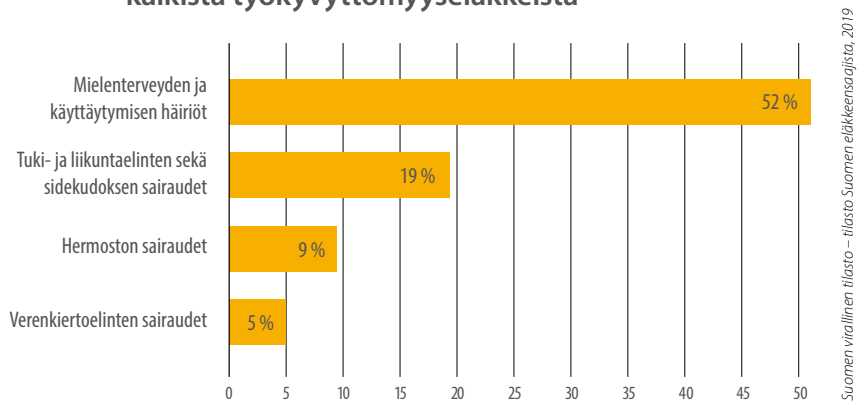
Mielenterveyden edistämällä vahvistetaan niitä voimavaroja, jotka auttavat rakentamaan toimivaa arkea ja löytämään ratkaisuja elämän kriisitilanteissa ja vastoinkäymisissä. Mielenterveyteen vaikutetaan monilla muilla kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimenpiteillä. Mielenterveyden edistämistä 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. Ikääntyvät voivat tuoda arvokkaan panoksen yhteisöön. Kunnilla ja kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli mielensterveyttä edistävssä työssä. Mielensterveydestä huolehtiminen ja sen tukeminen kaikilla tasoilla on sijoitus, joka tuottaa sekä henkistä että aineellista hyvinvointia.

Maksetut sairauspäivärahopäivät 2018 (milj. päivää)



Suurimpien työkyvyttömyyden aiheuttaneiden sairausryhmien osuudet kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä



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 opetussuunnitelmia kehittämällä.
3. Lisätään koulutusten ja ohjelmatyön avulla mielenterveysosaamista ja -taitoja työpaikoilla, työelämän muutoskohdissa ja johtamisessa. Henkilöstön työhyvinvointi on organisaatioiden tärkein pääoma, ja mielenterveys on keskeinen osa sitä. Parannetaan keinoja tunnistaa henkilöstön kuormitusta ja työuupumusta. Valmistellaan työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelman.
4. Lisätään koulutusten ja ohjelmatyön avulla mielenterveysosaamista ja -taitoja ikääntyvien palveluissa ja toiminnoissa. Otetaan mukaan mielenterveyden edistämiseen ikäihmisiä, joilla on kokemuksen tuomaa pääomaa.
5. Lisätään yhteisöllistä hyvinvointia asuinalueilla. Lisätään toimia, jotka tähtäävät yksinäisyyden vähentämiseen, yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen. Toiminnassa voi olla mukana esimerkiksi kirjastoja, kouluja, palvelutaloja, alueen asukas-toiminta, järjestöjä, kulttuurin ja taiteen toimijoita ja sosiaalisen median yhteisöjä. Mielekäs tekeminen ja kokemus osallisuudesta yhteisössä tunnustetaan mielenterveyden osatekijäksi.
6. Tunnistetaan digitalisaatioon liittyvät uudet uhat (esimerkiksi nettikiusaaminen), mutta myös mahdollisuudet (esimerkiksi vertaistuki, sosiaalinen osallisuus). Sosiaalisessa mediassa mielenterveyden edistäminen tarkoittaa muun muassa moderoinnin lisäämistä vahingollisten sisältöjen tunnistamiseksi ja poistamiseksi.
7. Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki mielenterveyttä vahvistavalle kansalais-, vapaaehtois- ja järjestötoiminnalle.
8. Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki kunnille ja muille julkisille toimijoille, jotta ne voivat edistää mielenterveyttä ja vähentää riippuvuuksien ja päihteiden aiheuttamia haittoja yli hallinnollisten rajojen osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
9. Puututaan aktiivisesti kaikkeen syrjintään ja edistetään yhteisöllisyyttä naapurustoissa ja muissa yhteisöissä osana kunnallista ja maakunnallista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
10. Käynnistetään tutkimus- ja kehitystoimintaa, jonka tavoitteena on selvittää, miten yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa mielenterveyspääomasta pidetään huolta.

2.2 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.

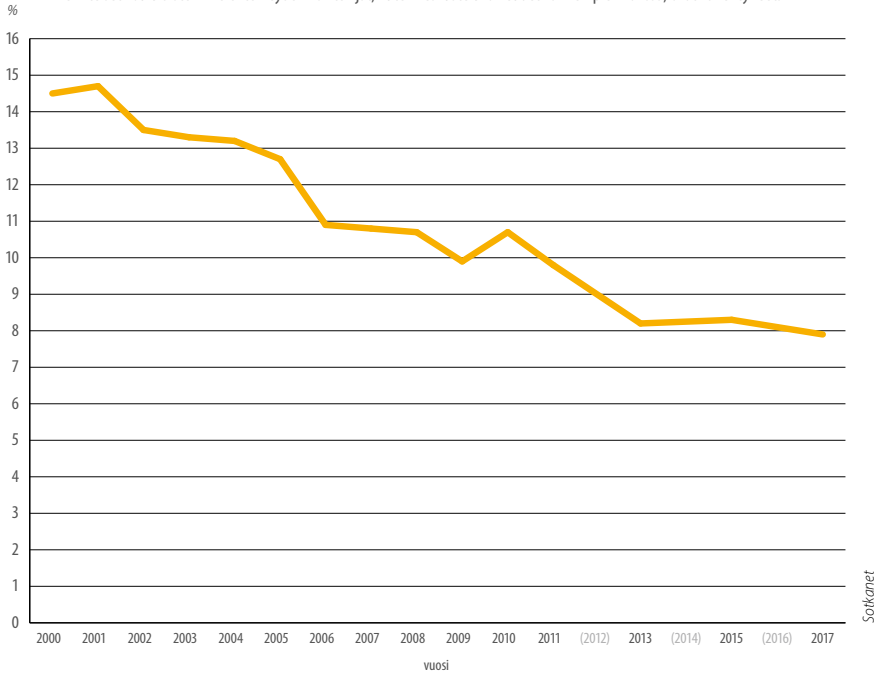
Linjauksen perustelut

Lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen liittyy valmisteltavaan kansalliseen lapsistrategiaan. Lapsistrategian tarkoituksena on luoda hallituskaudet ylittävä ja eri hallinnonalat yhdistävä lapsi- ja perhemyönteisen Suomen visio.

Mielenterveyden perusta rakentuu monella tapaa lapsuudessa ja nuoruudessa. Parhaimmillaan koko kasvuympäristö ja opiskeluympäristö tukevat mielenterveyttä ja tarjoavat mahdollisuuden psyykkisten voimavarojen positiiviselle kehittämiselle. Lasten ja nuorten lähtökohdat kasvulle ja kehitykselle voivat olla hyvin vaihtelevat – myös mielenterveyden rakentumisen kannalta. Yhteiskunnallinen eriarvoistuminen sekä ongelmien kasaantuminen ja siirtyminen sukupolvesta toiseen jyrkentävät eroja lasten ja nuorten elämäntodellisuuksien sekä lähtökohtien välillä. Lapsuus- ja nuoruusvaiheen merkitys ihmisen koko elämän hyvinvoinnin ja terveyden kannalta on tunnistettava, jotta lasten ja nuorten mielenterveyttä voidaan tukea tehokkaasti heidän arjessaan.

Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, % 8. ja 9. luokan oppilaista

Perinteiset kouluisten mielenterveyden riskitekijät, kuten keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa, ovat vähentyneet.



Perheellä on suuri merkitys lasten ja nuorten terveyden, kasvun ja myöhemmän pärjäämisen kannalta. Lasten ja nuorten hyvinvointia tukevat esimerkiksi riittävä hoiva ja turvallisuuden tunne, hyvä varhainen vuorovaikutus ja vanhempien hyvinvointi sekä taloudellinen turvallisuus. Isovanhemmat ja muut läheiset, turvalliset aikuiset voivat olla suuri voimavara lasten ja nuorten kasvun ja perheiden hyvinvoinnin kannalta. Perheiden ja lasten hyvinvointiin vaikuttavat merkittävästi myös vanhempien mahdollisuudet työn ja perheen yhteensovittamiseen.

Vahvojen psyykkisten voimavarojen tarve korostuu nuoruuden itsenäistymisvaiheessa. Nuoret tarvitsevat taitoja käsitellä tulevaisuuteen liittyvää epävarmuutta, joka liittyy esimerkiksi opintoihin ja työmarkkinoihin. Opintoihin liittyviä valintoja tehdään yhä nuorempana. Samalla lähi- ja tukiopetuksen määrä on vähentynyt monissa opiskeluympäristöissä. Vapaus tehdä yksilöllisiä valintoja edellyttää kykyä ohjata itseään. Kun nuoren toiminta siirtyy aikaisempaa enemmän perhepiirin ulkopuolelle, hänen mahdollisuutensa liittyä turvallisiin ikätoverisuhteisiin ja välttää traumaattisilta

kokemuksilta muodostuvat keskeisiksi mielenterveyden suotuisan kehittymisen kannalta. Globaalit ilmiöt, kuten ilmastonmuutos, ovat uudella tavalla läsnä ja voivat aiheuttaa tulevaisuutta koskevaa ahdistusta ja epävarmuuden tunnetta.

Suomalaisista **12–18**-vuotiaista nuorista noin joka neljäs on kokenut haittoja kodin aikuisten alkoholinkäytöstä.

(Takala & Ilva, 2012)

Toimintarajoitteiset, kodin ulkopuolelle sijoitetut ja ulkomaalaista syntyperää olevat lapset ja nuoret sekä sateenkaarinuoret kokevat mielenterveyden riskitekijöitä **2–5 kertaa** useammin kuin muut.

(Halme ym. 2017; Ikonen ym. 2017; Kanste ym. 2017; Luopa ym. 2017)

Noin **30 %** vanhemmista kokee lapsen odotusaikana vähintäänkin lievää masennusoireilua.

(Korja ym. 2018)

Suuri osa psyykkisistä sairauksista puhkeaa lapsuuden ja nuoruuden aikana. Mielenterveyden häiriöt ovat koululaisten ja opiskelijoiden tavallisimpia terveyteen liittyviä ongelmia. Nuorten mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ovat esimerkiksi yksinäisyys, kiusaaminen, syrjintä ja päihteiden käyttö sekä opiskeluun liittyvä stressi. Köyhyys heikentää koko perheen hyvinvointia ja lasten ja nuorten mielenterveyttä. Kaltoinkohtelu ja väkivalta vaarantavat psyykkistä kehitystä. Nuorten pärjäämisen resurssit vaihtelevat yksilöllisesti, ja mahdolliset tuen ja hoidon tarpeet on tärkeää tunnistaa varhaisessa vaiheessa.

Nuoret ikäluokat ovat merkittävästi pienempiä kuin ennen. Huoltosuhteen heikkeneminen edellyttää, että yhä useampi osallistuu työmarkkinoille. Nopeasti 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 merkittäväällä tavalla.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Luodaan tarvittaessa lainsäädännöllisin keinoin rakenne perheille tarjottavan käytännöllisen avun, lapsiperheköyhyyttä vähentävien toimien, perhe-etuuksien ja vanhemmuuden tuen vaikuttavien keinojen kehittämiseksi, käyttöön ottamiseksi, juurruttamiseksi, ylläpitämiseksi ja päivittämiseksi.
2. Lapsen ja nuoren kehitysvaiheen mukaista tukea tuodaan lasten ja nuorten lähiympäristöihin, esimerkiksi varhaiskasvatukseen, koulu- ja opiskeluympäristöihin sekä neuvoloihin ja muihin sosiaali- ja terveystalouteihin. Erityisesti huomioidaan vähemmistöryhmät, kulttuuriset ja kielelliset ryhmät. Tuetaan molempien vanhempien mielenterveyttä jo raskausaikana ja lisätään tukea parisuhteen ylläpitämiseen.
3. Kasvuikäisten mielenterveystaitojen ja hyvän itsetunnon kehittymistä vahvistetaan lisäämällä tietoa hyvistä käytännöistä, panostamalla mielenterveystaitoja edistävien työtapojen koulutukseen sekä vaikuttamalla toimintakulttuuriin varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja toisen asteen koulutuksessa.
4. Kehitetään työelämää perheystävällisemmäksi. Esimerkiksi alle kouluikäisten lasten perheet ja lähipiiri tarvitsevat nykyistä monipuolisempia joustomahdollisuuksia ja alle 12-vuotiaiden koululaisten iltapäivien turvaamista tulisi tukea joustoin.
5. 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 yhteistyöhön tarvittavat osatekijät ja sovitaan yhteistyömalleista, kuten on toimittu esimerkiksi ehkäisevässä päihdetyössä hyödynnetyssä paikallisen alkoholipolitiikan mallissa.
6. Taataan lapsille ja nuorille monipuoliset mahdollisuudet harrastaa kiinnostuksensa mukaisesti, tarvittaessa säädöksin ja velvoittavin laatukriteerein.
7. Tuetaan suunnitelmallisesti lasten ja nuorten myönteistä liittymistä ikätoveriryhmiin ja suojataan heitä kielteisiltä ikätoverien välisiltä ilmiöiltä, kuten kiusaamiselta, päihteiltä ja muulta riskikäyttäytymiseltä, myös sosiaalisessa mediassa. Tuetaan lasten ja perheiden osaamista digitaalisessa ympäristössä. Ehkäistään syrjäytymistä ja tuetaan nuorta elämän muutoskohdissa, kuten koulu- ja opiskelu-ympäristön vaihtuessa, koulutusvalinnoissa ja työelämäsiirtymissä.
8. Varmistetaan neuvoloiden, oppilas- ja opiskeluhoitojen 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.

9. Tuetaan lapsia ja nuoria, joiden elämässä on psyykkistä kuormitusta. Se tarkoittaa esimerkiksi alaikäisiä, joiden lähiomaisilla on kuormitusta, haavoittuvassa asemassa tai elämäntilanteessa olevia lapsia ja nuoria ja kulttuuriselta tai yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuviin ryhmiin kuuluvia lapsia ja nuoria.

2.3 Mielenterveysoikeudet

Mielenterveysoikeuksien toteutuminen suojaa kaikkien mielenterveyttä. Mielenterveyspalveluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota mielenterveysoikeuksien toteutumiseen. Mielenterveysoikeuksiin kuuluvat

- hyväksytyksi tuleminen ja syrjimättömyys,
- ihmisarvon ja perus- ja ihmisoikeuksien kunnioitus,
- yhdenvertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen,
- oikeus määritellä itse ne asiat, jotka auttavat selviytymään arjessa, ja saada siihen tarvittava tuki,

- oikeus vaikuttaa kansalaisena, päätöksenteon osapuolena, vertais-toimijana ja kokemusasiantuntijana,
- oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon silloin, kun se on tarpeen,
- oikeus ja mahdollisuus käyttää kansalliskieliä ja muita Suomessa puhuttuja kieliä sekä saada riittävä tulkkaus- ja käännösapu mielenterveyspalveluissa.

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

Linjauksen perustelut

Mielenterveysoikeuksien perustan muodostavat yleismaailmalliset ihmisoikeudet sekä perustuslain mukaiset perusoikeudet, kaikkien ihmisten yhdenvertaisuus, kielelliset oikeudet, oikeus tehdä työtä ja saada opetusta, oikeus riittävään elintason asumiseen, toimeentulon, terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi sekä oikeus sosiaaliturvaan ja riittäviin terveyspalveluihin. Perus- ja ihmisoikeudet takaavat sellaiset yhteiskunnalliset olosuhteet, jotka edistävät yksilöiden mielenterveyttä ja suojaavat heitä mielenterveyden häiriöiden riskitekijöiltä. Mielenterveysoikeuksiin

sisältyy mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja sitä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Kohteena on toisaalta koko väestö ja toisaalta erityisesti haavoittavissa olosuhteissa elävät ihmiset.

Perusoikeudet eivät toteudu joka tilanteessa yhdenvertaisesti. Ne ihmiset, joilla on mielenterveyden häiriö, kohtaavat herkästi syrjintää, kielteistä leimaamista ja ennakkoluuloja. Tätä ilmenee sosiaalisessa kanssakäymisessä, työssä, opinnoissa, asumisessa ja erilaisissa palveluissa. Monet psyykkisiä sairauksia sairastavat ihmiset eivät hae hoitoa, koska sairauksien ja palvelujen käytön pelätään leimaavan ja aiheuttavan muuta syrjintää. Kulttuuriselta tai yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuvat ryhmät vaativat erityisesti huomiota. Oikeus mielenterveyden häiriöiden laadukkaaseen, näyttöön perustuvaan, tarpeen mukaiseen hoitoon on myös nähtävä perustavaa laatua olevana mielenterveysoikeutena.

Psykooseja sairastavat elävät noin 15–20 vuotta muuta väestöä lyhyemmän elämän. Tärkeimpiä kuolinsyitä ovat sydän- ja verisuonitaudit ja syöpä.

(Tiihonen ym. 2009; Nordentoft ym. 2013; Keinänen ym. 2018)

Päihdehäiriön takia sairaalahoitoa saaneiden elinajanodote on yli 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön.

(Westman ym. 2015)

Vuonna 2017 toteutettiin noin 38 000 psykiatrista sairaalahoitojaksoa. Näistä vajaa 10 000 oli hoitoa potilaan tahdosta riippumatta.

(Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastoraportti, 2018)

Mielenterveysbarometri

23 % ei haluaisi naapurikseen mielenterveyskuntoutujaa, **62 %** ei haluaisi naapurikseen alkoholisia ja **81 %** ei haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää.

Mielenterveyden häiriöitä itse kokeneista **47 %** on sitä mieltä, että psyykkisen sairauden vuoksi joutuu leimatuksi.

Mielenterveysalan ammattilaisista **60 %** on sitä mieltä, että psyykkisen sairauden vuoksi joutuu leimatuksi.

(Mielenterveysbarometri, 2019)

Perusoikeuksiin kuuluu myös oikeus tahdonvapauteen, itsemääräämiseen ja koskemattomuuteen. Henkilö, jolla on mielenterveyden häiriö, 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.

Myönteisenä kehityksenä voidaan todeta, että mielenterveyden häiriöiden kielteinen leima on vähentynyt, mikä ilmenee aikaisempaa avoimempana 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 kehittämisen- ja valvonta-ohjelma.
3. Syrjinnän ilmiöitä seurataan osana tutkimustyötä ja osana sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laatu järjestelmiä, ja syrjiviä toimia sanktioidaan.
4. Ajantasaisesti mielen-terveyskuntoutujien ja päihdekuntoutujien asumisen ja muiden tukipalveluiden laatu kriteerit 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 vaihtoehtohoitoja koskevan lainsäädännön avulla.

2.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut

Palvelut vastaavat ihmisten tarpeita, kun varmistetaan, että

- ne ovat asiakaslähtöisiä, ikä- ja kehitysvaiheeseen sopivia ja käyttäjät kokevat ne itselleen soveltuviksi,
- ne ovat saavutettavia, oikea-aikaisia, laadukkaita ja vaikuttavia,
- ne ovat joustavia, yhteen sovitettavia ja jatkuvuutta tukevia,
- 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 tarvitsijoina,
- henkilöstön ammattitaitoa ja työhyvinvointia pidetään yllä,
- vakavia psyykkisiä sairauksia ja päihdehäiriöitä sairastavien ihmisten fyysisen terveyden hoito toteutuu yhdenvertaisesti muun väestön kanssa.

Linjauksen perustelut

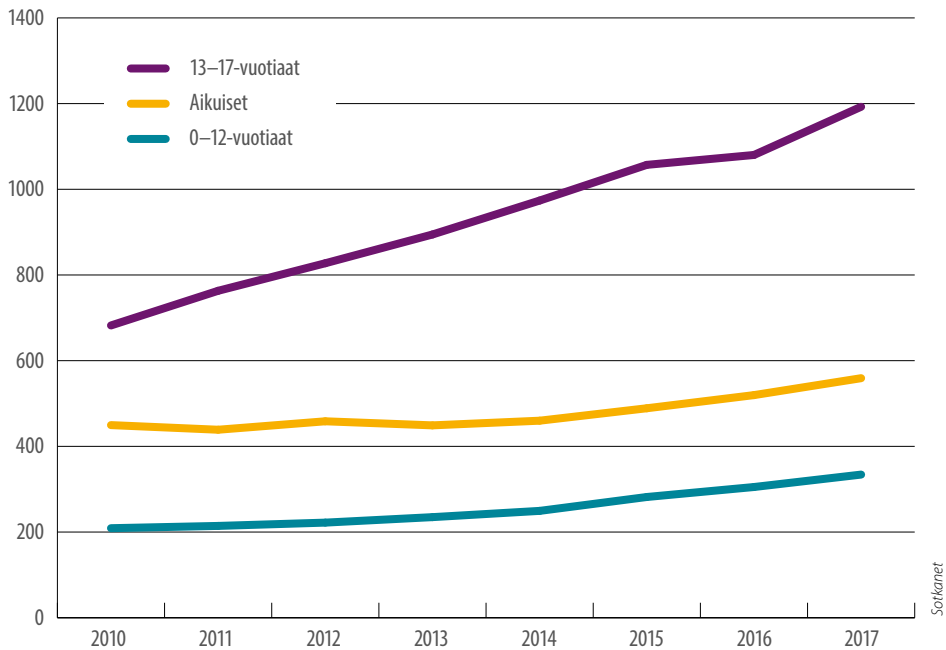
Psykkisten sairauksien hoito on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt vuosittain. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnystä on moitittu korkeaksi. Alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä ja monipuolisten avohoitopalveluiden saatavuudessa ovat olleet suuret. Hoitotakuun mukaisia hoitopäysyajoja on ollut vaikea saavuttaa. Näyttöön perustuvia hoitoja on ollut varsin puutteellisesti saatavissa, eikä niitä ylläpidetä tai levitetä koordinoitusti ja pitkäjänteisesti alueellisten väestötarpeiden mukaan. Perusterveydenhuollossa mielenterveyskysymysten ei aina nähdä kuuluvan kaikille, vaan ne säilytetään yksittäisille työntekijöille. Päihdehoito on yhä monin paikoin erillään muusta terveydenhuollosta, ja sen järjestämisen tavat vaihtelevat.

Palvelut ovat hajallaan, ja niitä tarjoavat eri tahot eivät ole sovittaneet toimintaansa yhteen tai sopineet työnjaosta, mikä vaikeuttaa palvelujen saatavuutta ja oikein kohdentumista.

Kansainvälisessä kehittämistyössä mielenterveyspalveluita on mallinnettu aikaisempaa yhteistoiminnallisemmiksi. Tämä tarkoittaa sellaista asiakas- tai potilaslähtöisyyttä, jossa eri osajien palveluita järjestetään asiakkaalle hänen tarpeensa

mukaisesti eikä organisaatioiden tarjonnan mukaan. Yhteen sovitettut ja koordinoitut palvelut ovat samaan aikaan sekä tehokkaita että monipuolisia. Palveluohjauksella voidaan lisätä palveluiden oikea-aikaista ja oikeatasoista hyödyntämistä.

Mielenterveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000:ta vastaavan ikäistä kohden



Psykkisissä sairauksissa olisi pääsääntöisesti päästävä hoitoon nopeasti. Hoito toteutuu parhaiten, kun arvio ja perustason hoito toteutetaan osana muuta perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja lasten ja nuorten perusterveydenhuollon toimipaikoissa sekä osana työterveysyhteistyötä ja työntekijöiden työssäjaksamisen seuranta, ja kun erikoissairaanhoidon antama tuki ja ohjaus ovat saatavissa esteettä, joustavasti ja lähellä. Vastaavasti psykiatrisen sairaalahoidon on syytä olla muun sairaalahoidon yhteydessä, jotta voidaan samaan aikaan hoitaa kaikkia terveysongelmia. Esimerkiksi päihderiippuvaisilla pelkkä riippuvuuden hoito ei yleensä riitä, vaan samanaikaiset muut psykkiset ja fyysiset ongelmat tarvitsevat huomiota.

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

(Pentala-Nikulainen ym. 2018)

**Masennushäiriöitä sairastavista nuorista aikuisista
76 % on hoitokontaktissa.**

(Kasteenpohja ym. 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja koko palvelujärjestelmän pitää pystyä reagoimaan tarpeiden kirjoon, aina varhaisesta vaiheesta vaikeisiin, äkillisiin ja moniongelmaisiiin tilanteisiin asti. Psykkisiä häiriöitä sairastavilla on muuta väestöä enemmän samanaikaisia muita sairauksia ja avun ja tuen tarvetta varsinkin, jos sairaus on vaikeasteinen. 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 digitaalisten palvelujen avulla, erityisesti pitkien välimatkojen alueilla. Palvelujen helppo saavutettavuus, asiakaslähtöisyys ja laadukkuus ovat tärkeitä myös mielen terveyden häiriöihin 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 häiriöiden ja päihdehäiriöiden samanaikaisuus on suhteellisen yleistä. Esimerkiksi noin **10–30 %**:lla masennusta sairastavista on päihdehäiriö.

(Kessler ym. 1996; Melartin ym. 2002)

Noin puolella päihteen takia palveluissa asioineista on myös lääkärin toteama mielenterveyden häiriö.

(Kuussaari & Hirschovits-Gerz, 2016)

Yhtäaikainen somaattinen ja psyykinen sairastaminen on yleistä. Perusterveydenhuollon potilaista ja sairaaloiden somaattisista potilaista **20–40 %**:lla on mielenterveyden häiriöitä.

(Räsänen ym. 2019)

Mielenterveysasiakkaiden asumispalveluissa on noin **7 500** asukasta.

Päihdehuollon asumispalveluissa on noin **6 000** asukasta.

(Sotkanet, 2018)

Nuorena mielialahäiriöiden takia sairaalahoidossa olleista **alle puolet** on töissä **25** ikävuoden jälkeen.

(Hakulinen ym. 2019)

Esimerkkejä ryhmistä, joissa mielenterveyden häiriöt ovat muita yleisempiä:

1 **Ensisuojissa yöpyneistä asunnottomista 80–90 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö, 80 %:lla päihderiippuvuus ja yli 10 %:lla psykoosisairaus. Somaattiset sairaudet ovat myös huomattavan yleisiä ja jäävät hoitamatta.**

(Stenius-Ayoade, 2019)

2 **Lähes 80 %:lla vangeista on jokin mielenterveyden häiriö, yleisimmin päihderiippuvuus tai persoonallisuushäiriö.**

(Joukamaa ym. 2010)

3 **Nuorista, jotka ovat olleet syrjäytyneenä koulutuksesta ja työelämästä usean vuoden ajan, 60 %:lla on käytössä jokin psyykenlääke.**

(Aaltonen ym. 2015)

4 **Juuri maahan tulleista aikuisista turvapaikanhakijoista lähes 40 %:lla esiintyy merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita.**

(Skogberg ym. 2019)

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen lainsäädäntöä uudistettaessa kiinnitetään erityistä huomiota voimavarojen optimaaliseen käyttöön, niiden riittävyyteen, kohdentamiseen ja yhteensovittamiseen.
2. Lisätään erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa mielenterveyteen suunnattuja voimavaroja ja henkilöstön mielenterveysosaamista. Kehitetään käytäntöjä, joilla erikoissairaanhoido ohjaa ja tukee perustason palveluissa toteu-

- tettavaa hoitoa. Lisätään palvelujen yhteensovittamista konkreettisilla yhteistyömuodoilla perustason toimijoiden kesken sekä perus- ja erityistason välillä.
3. Palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa otetaan huomioon käyttäjien näkemykset. Esimerkiksi hyödynnetään kokemusasiantuntijoita ja asiakkaiden kokemuksia. Eri palvelutahojen toiminta sovitetaan asiakkaan kulloiseenkin tilanteeseen yhteisen suunnittelun avulla. Yksittäisen asiakkaan palveluissa otetaan huomioon hänelle itselleen merkitykselliset asiat.
 4. Käynnistetään kehittämisohjelma fyysisen terveyden edistämiseksi ja somaattisen terveydenhuollon varmistamiseksi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa oleville. Ohjelma koskee myös suun terveydenhuoltoa.
 5. Parannetaan psykososiaalisten hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta ja organisoidaan niiden tarjoaminen alueellisesti tarpeenmukaisesti. Yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiirit ja lasten ja nuorten vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset koordinoivat näyttöön perustavan hoidon saatavuutta ja levittävät näyttöön perustuvia psykososiaalisia hoitoja ja interventiota koordinoidussa yhteistyössä alueittain siten, että myös haja-asutusalueiden tarpeet otetaan huomioon.
 6. Parannetaan sosiaalihuollon edellytyksiä tarjota oikea-aikaisesti mielenterveyttä tukevia sosiaalipalveluja, kuten sosiaalityötä ja sosiaalihojausta, perhetyötä, kotipalvelua, sosiaalista kuntoutusta, asumisneuvontaa ja tuettua asumista. Varmistetaan, että täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea myönnetään tarpeen mukaisella tavalla sosiaalisen turvallisuuden edistämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.
 7. Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käyttöön tutkimukseen perustuvia edistäviä, ehkäiseviä, hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta Suomessa.
 8. Kehitetään helposti saavutettavia, asiakkaidensa arkiympäristöihin tuotavia monipuolisia palveluja erityisesti eri syistä vaikeasti tavoitettaville tai syrjäytymisriskissä oleville ihmisille ja kulttuuriselta tai yhteiskunnalliselta asemaltaan haavoittuville ryhmille. Vaikeimmin tavoitettavia henkilöitä tulee hakea etsivällä työllä.
 9. Kootaan ja otetaan käyttöön eri ympäristöissä, esimerkiksi varhaiskasvatuksessa, kouluissa, työpaikoilla ja tuetussa asumisessa toteutettavia tutkimuksella hyviksi havaittuja toimintamalleja.
 10. Otetaan hankintoja koskevassa lainsäädännössä huomioon palvelujen laatu, jatkuvuus ja koordinoiminen. Varsinkin asumisessa ja arjen tuessa korostuu tarve jatkuvuuteen ja kuntouttavuuteen.

2.5 Hyvä mielenterveysjohtaminen

Mielenterveyden huomioiminen sisältyy kaikkeen johtamiseen. Mielenterveystyötä ohjataan ja johdetaan suunnitelmallisesti kokonaisuutena ylittäen hallinnolliset rajat.

- Johtaminen sopeuttaa organisaatiot ja niiden toiminnat mielenterveyteen vaikuttaviin ajankohtaisiin ilmiöihin ja talouden realiteetteihin sekä valmistelee ne kohtaamaan tulevaisuuden haasteet.
- Johtamisessa tukeudutaan ajantasaiseen tietoon ja teknologiaan.
- Varmistetaan ajankohtaisen ja ennakoidun 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

Mielenterveysjohtamisen lopullisena tavoitteena on tuottaa mielenterveyttä ja hyvinvointia ja edistää inhimillisiä arvoja. Ihmisten hyvinvointi, ja sen keskeisenä osana psyykinen hyvinvointi, tukee vakaata yhteiskuntaa ja taloutta, ja toisaalta vakaa talous lisää mahdollisuuksia parantaa ihmisten hyvinvointia. Talouden ja hyvinvoinnin suhteita toisiinsa voidaan kuvata käsitteellä hyvinvointitalous.

Hyvä mielenterveysjohtaminen on osa hyvinvointijohtamista ja sosiaali- ja terveysjohtamista. Linjauksessa käytetään termiä mielenterveysjohtaminen, koska yhteiskunnallinen ja kansanterveyden muutos on tehnyt välttämättömäksi sen, että mielenterveys nostetaan yhdeksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen strategiseksi painopisteeksi. Mielenterveysjohtaminen kiinnittyy myös tietojohdamiseen, sillä tuloksellinen mielenterveystyö ei ole mahdollista ilman tiedon osaavaa kokoamista ja hyödyntämistä. Mielenterveyden edistäminen osana henkilöstöjohtamista sisältyy strategiassa kohtaan Mielenterveys pääomana.

Mielenterveysjohtamista tarvitaan valtakunnallisella, alueellisella ja kunnan tasolla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Mielenterveysjohtaminen ylittää hallinnonalan rajat, sillä mielenterveyttä, kuten hyvinvointia ja terveyttä

laajemmin, rakennetaan kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Tähän perustuu Mielen-terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa, joka korostaa mielen-terveyden merkitystä osana terveyden kokonaisuutta. Se ottaa systemaattisesti huomioon mielen-terveysvaikutukset osana kaikkien sektorien päätöksentekoa, etsii yhteisiä etuja ja pyrkii välttämään haitallisia mielen-terveysvaikutuksia. Mielen-terveysvaikutusten ennakoarviointi osana ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarviointia on yksi keino ottaa mielen-terveys huomioon päätöksenteossa eri hallinnonaloilla ja kaikilla päätöksenteon tasoilla.

Valtakunnan tasolla hyvä mielen-terveysjohtaminen tarkoittaa mielen-terveyteen liittyvän lainsäädännön, ohjauksen ja laadunvalvonnan pitämistä ajan tasalla aina uusimpaan tietoon ja ymmärrykseen nojaten. Hyvä mielen-terveysjohtaminen tarkoittaa myös mielen-terveysstrategian toimeenpanoa ja tulosten seuranta.

Ilman hyvinvoivia ja terveitä asukkaita ei kunta tai maakunta voi hyvin. Pitkä-jänteinen mielen-terveyden edistäminen edellyttää päämäärätietoista, tavoitteellista, vaikuttaviin interventioihin ja tutkittuun tietoon perustuvaa sekä riittävän hyvin resursoitua työtä. Tieto asukkaiden hyvinvoinnista ja mielen-terveydestä sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointihaasteisiin toimii organisaation strategiатыön pohjana.

Palvelujärjestelmässä toimintoja pitää sovittaa yhteen sekä johtaa laajempia yhteistyöverkostoja. Toiminnan johtaminen perustuu monialaiseen vaikuttavuuteen, kuten hyvinvointivaikuttavuuteen. Hyvä mielen-terveysjohtaminen tarkastelee myös päihde- ja riippuvuusilmiöitä laajasti ehkäisevän työn sekä hoidon, kuntoutuksen ja haittojen vähentämisen näkökulmasta.

Asiantunteva tiedolla johtaminen ja digitalisaation eri muotojen hyödyntäminen ovat osa hyvää mielen-terveysjohtamista. Tietopohjan ja tietovarantojen käytettävyyden kehittäminen ja teknologian aiempaa tehokkaampi hyödyntäminen parantavat hyvän mielen-terveysjohtamisen edellytyksiä.

Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Vahvistetaan mielenterveystyön huomioon ottamista eri hallinnonalojen ja järjestöjen yhteistyörakenteissa, valtioneuvostossa ja valtionhallinnossa, maakunnissa ja kunnissa. Sovitaan yhteistyön johtamiskäytännöistä.
2. Sovitaan mittareista, indikaattoreista ja työkaluista yhteiskunnallisten päätösten mielenterveysvaikutusten arvioimiseksi.
3. Perustetaan vaikuttavan mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön työkalujen digitaalinen tietovaranto.
4. Tehostetaan mielenterveystyön johtamisen ja arvioinnin koulutusta osana johtamisen ja arvioinnin koulutuskokonaisuuksia.
5. Eri sektoreiden palvelujen kokonaisuutta ja yhteistoiminnallisuutta korostava vastuunjako kirjoitetaan selkeiksi toimintamalleiksi niin, että tarvittavat voimavarat, kustannusvastuut ja kompensatiomekanismit samalla todetaan. 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 sen sijaan, että seurataan ja arvioidaan niiden käyttöä. Lähtökohdaksi tarvitaan tietoa psyykkisten oireiden, eri häiriöiden sekä häiriöille altistavien tekijöiden esiintyvyydestä koko väestössä, alueellisesti ja erityisryhmissä. 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 ikääntyvien mielenterveyden 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. Strategisen tutkimuksen neuvosto muodostaa ehdotuksen mielenterveysstrategian toimeenpanoa tukevasta tutkimusohjelmasta.
9. Nyt täytäntöön pantavan mielenterveysstrategian toteutumista seurataan erikseen koottavan mittariston avulla.

3 Toimenpiteet, seuranta ja kustannukset

3.1 Vuosille 2020–2022 suunnitellut toimenpiteet

Sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa mielenterveysstrategian ehdotuksia vuodesta 2020 lähtien. Vuosina 2020–2022 toimeenpano painottuu palvelujen kehittämiseen, itsemurhien ehkäisyohjelman käynnistämiseen ja mielenterveysosaamisen lisäämiseen ihmisten arkiympäristöissä osana laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Tarkoituksena on myös mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistaminen ja itsemääräämisoikeutta koskevan lainsäädännön valmistelu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suunnittelee itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanon ja vastaa sen koordinoimisesta.

Palveluja on tarkoitus kehittää osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelmaa. Tavoitteena on, että vuonna 2022 perustason palveluissa on käytössä vaikuttavaksi todetut menetelmät eri ikäryhmien yleisimpien mielenterveyshäiriöiden varhaiseen hoitoon; tämä koskee myös päihdehäiriöiden varhaista hoitoa, itsemurhavaarassa olevien hoitoa ja opiskeluhuollon varhaisia interventioita. Menetelmien ylläpitämiseksi ja häiriöiden tunnistamisen ja hoidon tueksi tulee kehittää yhteistyörakenne erikoissairaanhoidon kanssa. Mielenterveyspalvelujen toteuttaminen osana tavanomaisia sosiaali- ja terveyskeskuksen peruspalveluja mahdollistaa myös sen, että voidaan luoda mallit mielenterveyshäiriöitä sairastavien henkilöiden sosiaalipalvelujen toteutumiseksi, fyysisen terveyden edistämiseksi ja somaattisen terveydenhuollon yhdenvertaiseksi toteutumiseksi.

Palvelujärjestelmän laajemmassa kokonaisuudessa tarvitaan myös yhteistyö muiden viranomaisten, järjestöjen ja kunnan muiden toimialojen kanssa. Vuosina

2020–2022 on tarkoitus kokeilla alueellisesti tutkimusnäyttöön perustuvaa mielen-terveyskuntoutujien tuetun työllistymisen toimintamallia (IPS), jossa kuntoutus ja työhönvalmennus toteutuvat hoidon sisällä. Tarkoituksena on mallin käyttöönotto Suomessa pilotointien kautta.

Mielenterveysosaamista pyritään lisäämään kuntien yhteistyörakenteissa ja eri sektoreiden toiminnoissa, joissa toteutetaan hallinnolliset rajat ylittävää hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Näissä rakenteissa tuetaan kuntien ja yleishyödyllisten yhteisöjen hankkeita ja koulutusohjelmien kehittämistä.

3.2 Seuranta ja ehdotukset mittareiksi

Mielenterveysstrategian ja sen linjausten toteutumisen seuraamiseksi ehdotetaan joukkoa mittareita. Suurin osa niistä on valmiiksi tuotettuja, mutta joitakin joudut-taisiin rakentamaan erikseen.

Taulukko 1. Ehdotukset seurantamittareiksi

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Mielenterveys pääomana	Mielen hyvinvointi	Positiivinen mielenterveys: Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS). Keskiarvo eri ikäryhmissä: 4. ja 5. luokan oppilaat; 8. ja 9. luokan oppilaat; am- matillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat; lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat; 20–64-vuotiaat; 65 vuotta täyttäneet; 75 vuotta täyt- täneet	FinSote, Kouluterveyskysely (mittarin keskiarvo eri ikäryhmissä)	Lisätietoa mittarista: Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016 Mittari soveltuu myös paino- pisteen ”Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentumi- nen arjessa” seurantaan.
	Yksinäisyys eri ikäryhmissä	Tuntee itsensä yksinäiseksi (%), 4. ja 5 luokan oppilaat Tuntee itsensä yksinäiseksi (%), 8. ja 9. luokan oppilaat Tuntee itsensä yksinäisek- si (%), ammatillisen oppi- laitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat Tuntee itsensä yksinäisek- si (%), lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat Itsensä yksinäiseksi tunte- vien osuus (%), 20–64-vuo- tiaat Itsensä yksinäiseksi tunte- vien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet Itsensä yksinäiseksi tunte- vien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	Sotkanet 4816 Sotkanet 4712, KUVA Sotkanet 4713 Sotkanet 4714 Sotkanet 4285, KUVA Sotkanet 4286 Sotkanet 4287	Mielenterveyden taustatekijä Mittari soveltuu myös paino- pisteen ”Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentumi- nen arjessa” seurantaan.
	Työuupumus	Työuupumus	Työuupumus Suomessa (TTL), Työolobarometri (TEM)	Lisätietoa mittarista: Schaufeli ym. 2019
	Psyykinen hyvinvointi työssä	Työn imu	Työolotutkimus (Tilastokeskus), Työolobarometri (TEM)	Lisätietoa mittarista: Schaufeli ym. 2019

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Lasten ja nuorten mielen- terveyden rakentuminen arjessa	Nuorten psykykinen oireilu	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), 8. ja 9. luokan oppilaat	Sotkanet 328, KUVA	Kouluterveyskyselyn indikaattori, joka perustuu GAD 7 -mittariin Lisätietoa mittarista: Spitzer ym. 2006
		Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), ammattillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 346	
		Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 337	
	Nuorten päihteiden ja tupakatuotteiden käyttö ja rahapelaaminen	Huolta herättävää päihteiden tai tupakka- ja nikotiini tuotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) 8. ja 9. luokan oppilaat	Sotkanet 5362	Kouluterveyskysely Yhdistelmäindikaattori antaa yleiskuvan eri kou- lutasoilla olevien nuorten päihde- tai muuhun riippu- vuusongelmaan liittyväs- tä riskikäyttäytymisestä. Yhdistelmäindikaattorissa mukana olevista riskikäyt- tämisen eri muodoista on Sotkanetissä myös eritelty indikaattorit.
		Huolta herättävää päihteiden tai tupakka- ja nikotiini tuotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) luki- on 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 5363	
		Huolta herättävää päihteiden tai tupakka- ja nikotiini tuotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) am- matillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 5364	
	Pienituloisista kotitalouksis- ta ovat alle 18-vuotiaat	Lasten pienituloisuusaste	Sotkanet 228; KUVA	Mielen terveyden taustatekijä
Vakava koulukiusaaminen		Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%), 4. ja 5. luokan oppilaat	Sotkanet 4834	Mielen terveyden taustatekijä Perustuu kouluterveys- kyselyn kysymykseen
		Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) 8. ja 9. luokan oppilaat	Sotkanet 1514; KUVA	
		Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) amma- tillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 3928	
		Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 3913	
	Epävakaa kasvu ympäristö	Toistuvasti sijoitetut 0–17-vuotiaat lapset / 10 000 vastaavanikäistä	Sotkanet 1079; KUVA	Mielen terveyden taustatekijä

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Mielenterveys-oikeudet	Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa	Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa (% psykiatrisen laitoshoidon potilaista)	Sotkanet 3205	
	Osallistuminen työelämään	Osallistuminen työelämään (palkkatyön/-ansion osuus kaikista tuloista) niillä, joilla on dokumentoitu mielenterveyden ongelmia (avohoito, sairaalajaksot, sairaalomat, lääkeostot)	Työkyvyn tila Suomessa; Psykkinen haavoittuvuus Suomessa, TTL	Mittaa myös sote-järjestelmän ulkopuolisen yhteiskunnan toimivuutta (työmarkkinat). Muodostetaan rekisteriaineistoista yhdistelemällä Mielenterveysstrategian seuranta varten.
	Kokemus syrjinnästä	Kokemus leimautumisesta sairauden vuoksi (%) Niiden suomalaisten osuus, jotka eivät haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää (%) alkoholista (%) mielenterveyskuntoutujaa (%) Niiden suomalaisten osuus, joista mielen-terveysongelmia kokeneita henkilöitä on epäuskavaa ja pelottavaa kohdata (%)	Mielenterveysbarometri	Kerätään sekä mielen-terveydestä että päihteistä.
	Syrjinnän vastainen ohjelma palveluorganisaatiossa	Onko organisaatiossa syrjinnän vastainen ohjelma? Onko ohjelma sisällytetty organisaation laatuohjelmaan?		Uusi kehitettävä mittari, mahdollisesti toteutettava erilliskyselynä
	Skitsofreniapotilaiden yliluolleisuus	KUVA: **Mittari valmistuu vuosina 2020–2023	KUVA	Hoitoilmoitusrekisterin ja kuolemansyytilaston tietojen pohjalta kehitettävä indikaattori

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut	Terveyskeskusten mielenterveytyön vahvistuminen	Terveyskeskusten johtajayliääkäreiden kyselyyn sisällytettäviä kysymyksiä mielenterveys- ja päihdeasioista täydennyskoulutuksessa, yhteistyömalleista psykiatrian ja päihdeyksiköiden kanssa ja niiden toimivuudesta sekä hoitoketjujen toimivuudesta	Terveyskeskusten johtajayliääkäreiden kysely	Uusi kehitettävä mittari Mittari soveltuu myös painopisteen ”Hyvä mielenterveysjohtaminen” seurantaan.
	Asiakaskokemus	Kehitettävä	Palvelujärjestelmän asiakkailta kerättävä tieto asiakaskokemuksista	Osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
	Hoitoketjun toimivuus sairaalahoidon jälkeen	Ensimmäinen avohoitokäynti viikon sisällä psykiatrisesta sairaalasta uloskirjoituksesta (%-osuus)	Hoitoilmoitusrekisteri	Osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
	Hoitoon ohjaaminen potilaan tahdosta riippumatta	Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 18 vuotta täyttäneet / 1 000 vastaavanikäistä Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 0–17-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä	Sotkanet 3083; KUVA Sotkanet 3058; KUVA	Tieto sisältää potilaat, jotka joko saapuivat tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä (lomakkeella M1) tai jotka siirrettiin toisesta sairaalasta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana. Mittari kuvaa vapaaehtoisen palvelujärjestelmän toimivuutta. Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
	Sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa ja alkoholin käytössä	Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%) Päivittäin tupakoiden osuus (%)	Finsote; terveytemme.fi	Finsote-kysely; sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset tulokset julkaistaan terveytemme.fi-portaalissa

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Hyvä mielen- terveys- johtaminen				Mittareiden lisäksi voidaan harkita myös arviointimenettelyä.
	Päätösten mielen-terveys- vaikutusten arviointi	Kehitettävä	Ehdotetaan lisättäväksi TEA-viisariin	Uusi ehdotus mittariksi
	Palvelut ja tarve	Palvelujen määrä suhteessa väestön tarpeeseen		Uusi ehdotus kehitettäväksi kansalliseksi mittariksi, edellyttää tietopohjan täydentämistä
	Palvelujen peittävyys	Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneiden mielen- terveyspalvelujen käyttö (%)	Finsote; terveytemme.fi	Mittari perustuu Finsote-tutkimuksessa oleviin kysymyksiin itsemurha-ajatuksista sekä mielen-terveyspalvelujen käytöstä. Mittari soveltuu myös painopisteen "Mielen-terveys-oikeudet" seurantaan.
	Hallintorajat ylittävä verkostojen johtaminen	Mikä taho kunnassa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmänä? Minkä sektoreiden edustajia kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään?	TEA-viisari	
	Työntekijöiden työhyvinvointi	Työhyvinvointi	Sote-alan henkilöstön psyykinen hyvinvointi	Lisätietoa mittarista: Karasek, 1979; 1990

3.3 Taloudelliset vaikutukset ja kustannukset

Mielen-terveyden häiriöistä aiheutuva sairaustaakka johtuu suurimmaksi osaksi työ- ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Häiriöihin sairastutaan tyypillisesti nuorena, jolloin ne voivat heikentää sairastuneen koulutusta, työllistymistä ja sosiaalista verkostoa. Tämä näkyy mielen-terveyden häiriöiden suurina epäsuorina kustannuksina.

OECD:n tuoreen raportin (Health at a glance: Europe 2018) mukaan mielen-terveyden suorat ja epäsuorat kustannukset ovat Suomessa OECD-maiden suurimpien joukossa.

Mielenterveyden häiriöiden hoidon lisäämisen taloudellisia vaikutuksia on tutkittu kansainvälisesti. WHO:n johtamassa tutkimuksessa arvioitiin masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidon kattavuuden laajentamisen taloudellisia vaikutuksia 36 maassa. Tutkimuksen johtopäätös oli, että hyödyt ylittävät hoidon laajentamisen kustannukset 2,3–3,0-kertaisesti, jos pelkästään taloudelliset hyödyt lasketaan mukaan, ja 3,3–5,7-kertaisesti, jos myös parantuneen terveyden arvo lasketaan mukaan (Chisholm ym. 2016).

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan hankkeessa arvioitiin, että Suomessa mielenterveyden häiriöihin liittyvät sairauspäiväraha-kaudet pienentävät bruttokansantuotetta 0,3–0,4 prosenttia. Jos mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen vähenisi 10–15 prosenttia, bruttokansantuote vahvistuisi 0,3–0,5 prosentilla. Tutkijan johtopäätös oli, että investoimalla mielenterveyden edistämiseen, osatyökyisten paluuseen työmarkkinoille ja mielenterveyspalveluihin on mahdollista pienentää merkittävästi epäsuoria kustannuksia, kuten tuottavuuskustannuksia. (Wahlbeck ym. 2017.)

Englannissa on arvioitu useiden vaikuttaviksi osoitettujen mielenterveyden interventioiden taloudellisen hyödyn suhdetta niiden kustannuksiin. Monet mielenterveyttä edistävät interventiot, ehkäisevät interventiot ja varhaiset hoito-interventiot tuottavat rahallisia säästöjä sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle että koko yhteiskunnalle. Erityisesti lapsille ja nuorille suunnatut interventiot ovat kannattavia, koska rahallisesti mitattavat hyödyt tulevat myös myöhemmän paremman koulutustason ja työelämään sijoittumisen kautta. Toisaalta lapsuusiässä alkavien käytösongelmien jatkuminen negatiivisena kierteenä aiheuttaa kaikkein suurimmat syrjäytymisestä aiheutuvat kustannukset. Eri maiden erilaisen palvelu- ja kustannusrakenteen vuoksi arvio säästöjen suuruudesta ei kuitenkaan ole sellaisenaan sovellettavissa muualla, esimerkiksi Suomessa. (Knapp ym. 2011.)

**Arvio mielenterveysongelmien
(sisältää päihdeongelmat) aiheuttamista suorista ja
epäsuorista kokonaiskustannuksista Suomessa sekä
EU-maissa vuonna 2015.**

(OECD/ EU, 2018)

			EU 28	Suomi
Kokonais- kustannukset		milj. €	607 074	11 140
		% BKT:sta	4.10 %	5.32 %
Suorat kustannukset	Terveydenhuolto- menojen aiheuttamat kulut	milj. €	194 139	2 576
		% BKT:sta	1.31 %	1.23 %
	Sosiaalietuuksien kautta syntyvät kulut	milj. €	169 939	3 884
		% BKT:sta	1.15 %	1.85 %
Epäsuorat kustannukset	Työmarkkinoilla syntyvät kulut	milj. €	242 995	4 681
		% BKT:sta	1.64 %	2.23 %

Mielenterveyden interventioista hyötyvien henkilöiden lukumäärää voidaan arvioida esimerkiksi häiriöiden vuosittaisen ilmaantuvuuden perusteella. On arvioitu, että masennukseen sairastuu vuosittain 2,7 % ja ahdistuneisuushäiriöihin 2,9 % aikuisväestöstä (Bijl ym. 2002). Vaikka huomioon otettaisiin häiriöiden yhteisilmaantuvuus ja se, että kaikki eivät halua psykososiaalista hoitoa, vuosittain hoidettavien määrä olisi yli 100 000 henkilöä.

Taulukko 2. Esimerkkejä mielensterveysstrategian linjausten mukaisten toimenpiteiden kustannuksista

Toimenpide	Kuvaus	Kohderyhmät	Arvioidut kustannukset
Mielensterveyden edistämisen koulutushankkeet	Ryhmänohjaajien kouluttaminen toteuttamaan valmennusta eri kohderyhmille	Eri ikäinen väestö ja eri väestöryhmät, eri ammattiryhmät	Ohjaajan koulutus noin 1500 euroa/henkilö
Ehkäisevät ja hoitavat interventiot sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja siihen liittyvässä palvelujärjestelmässä, esimerkiksi koulu- ympäristössä	Interventioiden käyttöönoton, koordinoinnin ja menetelmäosaamisen ylläpidon järjestäminen Lyhytpsykoterapioiden saatavuuden lisääminen	Sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen liittyvän palvelujärjestelmän asiakkaat	Yhden intervention kustannukset noin 500–2000 euroa/henkilö. Interventioiden ylläpitorakenteen kustannukset: osaamiskeskus noin 500 000 euroa/vuosi Lyhytpsykoterapian kustannukset 700–2200 euroa/psykoterapiajakso
Edistävän ja ehkäisevän työn digitaalinen tietovaranto	Näyttöön perustuvien menetelmien kokoaminen tietovarannoksi	Kunnat	120 000–200 000 euroa/vuosi (perustamisvaiheessa 200 000 euroa/vuosi)
Kohdennetut ohjelmat sosiaali- ja terveydenhuollossa, muussa palvelujärjestelmässä tai muualla yhteiskunnassa	Ohjelmatyö: tiedonkeruu, kohderyhmien valinta ja viestien muotoilu kohderyhmittäin, tiedon lisääminen kohderyhmissä, työn vakiinnuttaminen kohderyhmien normaali-toimintaan, tulosten seuranta. Esimerkiksi syrjinnän vastaiset ohjelmat, kehittämisohjelmat fyysisen terveyden parantamiseksi, stigman vastaiset ohjelmat	Kunnat, yhteisöt ja koko yhteiskunta	Ohjelman mallintaminen ja ylläpitäminen, esimerkiksi 200 000 euroa/vuosi ja hankerahoitusta 500 000 euroa/vuosi.

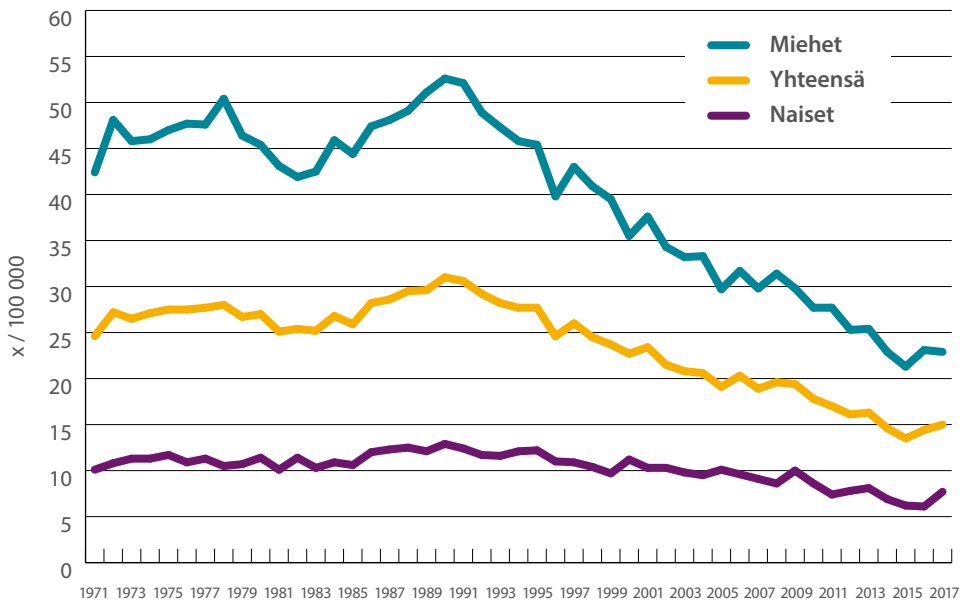
4 Itsemurhien ehkäisyohjelma

Itsemurhien ehkäisy vaatii tehostamista ja lisää uusia keinoja.

- Itsemurhaa yrittäneitä kohtaavien asenteet ovat muokattavissa sellaisiksi, että itsemurhaa yrittäneitä ei syyllistetä tai pidetä huomionhakuisina.
- Itsemurhakeinojen ja itsemurhaväli-
neiden saatavuutta on ehkäistävä.
- Matalan kynnyksen kriisipalveluita tulee olla saatavilla kaikkialla Suomessa, ja niistä tulee tiedottaa siten, että jokainen Suomessa asuva tietää, missä tällaiset palvelut omalla alueella sijaitsevat ja miten ne ovat tavoitettavissa.
- Hoitoon pääsyä helpotetaan ja nopeutetaan priorisoimalla paitsi itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito, myös huomioimalla ja antamalla tukea itsemurhaan kuolleen läheisille; 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.
- 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 asti. Itsemurhakuolleisuus on puolittunut vuoden 1990 jälkeen (kuva 1). Myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) aikana (Tilastokeskus, 2017; Upanne ym. 1999; Hakanen ym. 1999). Siinä havaittiin, että itsemurhaan kuolleista useimmilla (88 %) oli samanaikaissairauksia. Niistä yleisimmät ovat depressio (59 %), jokin merkittävä fyysinen sairaus (46 %), päihdehäiriö (43 %) ja jokin persoonallisuushäiriö (31 %) (Henriksson ym. 1993).

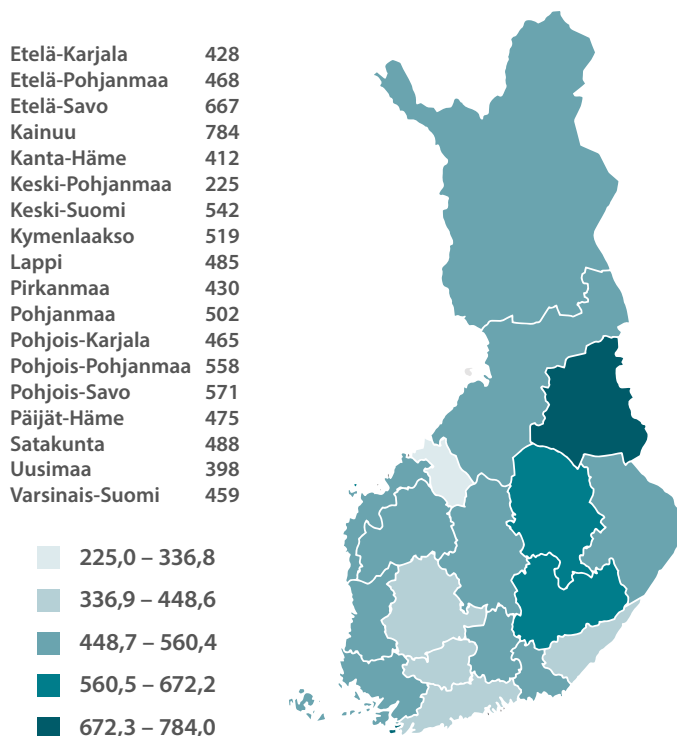
Kuvio 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1971–2017. Itsemurhakuolleisuus esitetään koko väestölle ikävakioiduna itsemurhaan kuolleiden lukumääränä 100 000 henkeä kohden. Ikävakiointi on tehty Tilastokeskuksessa suoralla ikävakiointilla käyttäen painoina Eurostatin Euroopan standardiväestön (ESP2012) ikäjakaumaa. Ikävakioidut kuolleisuusluvut ovat vertailukelpoisia vain, kun ne lasketaan käyttäen samaa vakioväestöä.



Myönteisen kehityksen ei voida edellyttää jatkuvan Suomessa ilman toimenpiteitä itsemurhien ehkäisemiseksi (Holopainen ym. 2014; 2015). Itsemurhakuolleisuuden voi olettaa suurenevan vähitellen väestömäärän kasvun takia ja äkillisemmin, jos itsemurhien nykyiset ehkäisykeinot menettävät vaikuttavuuttaan.

Itsemurhakuolleisuudessa on Suomessa ollut suuria alueellisia eroja, jotka koskevat niin miehiä kuin naisia (Partonen ym. 2003; Tilastokeskus, 2018). Tämä näkyy itsemurhakuolemien takia menetetyistä elinvuosista (kuva 2). Korkea PYLL-indeksi tarkoittaa, että ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden itsemurhien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärä on alueella suuri eli että nuorten itsemurhakuolemat ovat alueella yleisempiä. Tämä on huomioitu kansallisessa lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelmassa (thl.fi/lastenturvallisuusohjelma), jossa esitetään kymmenen toimenpidettä itsemurhien ehkäisemiseksi, jotta vuoteen 2025 mennessä nuorten itsemurhakuolleisuus olisi selvästi nykyistä pienempi (Korpilahti, 2018). Myös saamelaisten itsemurhien ehkäisemiseksi on laadittu erillinen suunnitelma (Saamelaisten kansallinen osaamiskeskus & Saamelaisneuvosto, 2017).

Kuvio 2. Itsemurhakuolemien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuosina 2015–2017. Itsemurhakuolemien takia menetetyistä elinvuosista (PYLL = Potential Years of Life Lost) laskettu indeksi ilmaisee ennen 80:tä ikävuotta tapahtuneiden itsemurhakuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 asukasta kohden. Yläikärajan valinta perustuu siihen, että suomalaisten elinajanodote on noin 80 vuotta. (Sotkanet)



Tuoreimpien tietojen mukaan vuoden 2018 aikana itsemurhaan kuoli 810 henkilöä ja itsemurhakuolleisuus oli 14,6 laskettuna 100 000 henkilöä kohti. Itsemurhaan kuolleiden ikä oli naisilla keskimäärin 50 vuotta, miehillä 48 vuotta. Alle 25-vuotiaita itsemurhaan kuoli 99 henkilöä, yli 65-vuotiaita 203 henkilöä.

Itsemurhaan käytettyjen keinojen mahdollisista muutoksista taustasyineen valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin jälkeisinä vuosina on vain niukasti tietoa ja sitäkin pelkästään paikallisesti tarkasteltuna (Lahti ym. 2014) tai yksittäiseen keinoon (Lapatto-Reiniluoto ym. 2013) tai tiettyyn väestöosaan rajattuna (Laukkala ym. 2014).

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 mielenterveyden häiriö, 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 Terveiden 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 viiveellä. Tätä varten tarvitsemme mahdollisimman ajantasaista tietoa paitsi itsemurhien ikäjakaumasta ja alueellisesta jakaumasta myös itsemurhamenetelmistä, jotta itsemurhien ehkäisyyksiä 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

Asenteisiin vaikuttaminen

Yhteiskunnallista keskustelua itsemurha-ajatuksista ja itsemurhista lisätään, jotta itsemurhavaarassa olevat saisivat tarpeenmukaisen avun ja tasavertaiset palvelut. Tavoitteena on samalla tukea yhteisöllisyyttä ja ihmisten yhteistä vastuuta toisistaan. Jokainen voi auttaa itsemurhavaarassa olevaa syyllistämättä ja inhimillisesti. Tämä edellyttää paitsi mielenterveyshäiriöihin myös päihtymykseen tai päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden käsittelyä, koska huomattavalla osalla itsemurhaan kuolleista on ollut mielenterveyshäiriö tai päihdeongelma tai molemmat. Avainryhmät tässä ovat terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi nuorisotyöntekijät, valmentajat, kuraattorit, sosiaalityöntekijät, vastaanotto-keskuksissa ja seurakunnissa työskentelevät, vartijat, poliisit, velkaneuvojat, ulosottomiehet, ensihoitajat, pelastajat, vanginvartijat, toimittajat, työnjohtajat ja niin edelleen.

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

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

Itsemurhakeinoihin vaikuttaminen

Itsemurhakuolemia on voitu estää vaikuttamalla itsemurhakeinoihin. Tämän takia on tarkasteltava sitä, miten yleisiä nämä keinot ovat ja miten ne ovat saatavilla. Esi-merkiksi apteekkisopimuksilla voidaan rajata reseptilääkkeiden väärinkäyttöä.

Toimenpide 3: Huomioidaan itsemurhavaara liikenneturvallisuustyössä.

Toimenpide 4: Huomioidaan itsemurhavaara rakennusten, siltojen, junaratojen ja muiden liikenneväylien ympäristösuunnittelussa.

Toimenpide 5: Huomioidaan itsemurhavaara sisustusratkaisuisissa erityisesti sairaaloissa, lastensuojelulaitoksissa, vastaanottokeskuksissa ja rangaistuslaitoksissa.

Toimenpide 6: Kehitetään sääntelyä, joka koskee myrkkujen saatavuutta ja säilytystä.

Toimenpide 7: Kehitetään lääkkeiden saatavuuden, kotisäilytyksen ja reseptikäytäntöjen sääntelyä; riskitekijöistä huomioidaan etenkin päihdeongelmat.

Toimenpide 8: Kehitetään sääntelyä, joka koskee ampuma-aseiden saatavuutta ja säilytystä.

Varhaistuen tarjoaminen

Niitä ihmisiä, joilla on kasautuvia taloudellisen, sosiaalisen ja inhimillisen osattomuuden kokemuksia ja voimavarojen ehtymistä, on autettava paremmin. Monia itsemurhan suhteen riskiryhmiin kuuluvia tavoitetaan parhaiten kasvokkain.

Toimenpide 9: Laajennetaan auttavien puhelimien toiminta myös muille kieliryhmille kuin suomenkielisille sekä tuetaan ja ajantasaistetaan tässä toiminnassa päivystävien osaamista.

Toimenpide 10: Perustetaan verkossa ympärivuorokautisesti saatavilla oleva keskustelutukitoimi, johon sosiaalisen median alustoista vastaavat tahot veloitetaan ohjaamaan itsemurhavaarassa olevat asiakkaansa.

Toimenpide 11: Vahvistetaan matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä perusterveydenhuollossa että muissa lähipalveluissa, kuten oppilaitoksissa.

Riskiryhmien tukeminen

Itsemurhasta viestineet ja itsemurhaa yrittäneet ovat suurimmassa itsemurhavaarassa. Myös muiden riskiryhmien tarve hoitoon on arvioitava. Heille on lisäksi turvattu mahdollisuus vertaistukeen, mikä tarkoittaa myös palveluohjausta soveltuvaan vertaistukeen. Päihtyneiden tai päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien itsemurhavaara on arvioitava kuten muillakin tilanteen selvittämiseksi ja jatko-toimien tarpeen selvittämiseksi.

Toimenpide 12: Tarjotaan suuressa itsemurhavaarassa oleville sekä itsemurhaan kuolleiden omaisille ja läheisille aktiivisesti tukea.

Toimenpide 13: Kehitetään kulttuurisensitiivisiä eli kielen ja kulttuurin mukaisia ehkäisyohjelmia ja kriisityötä yhdessä alkuperäiskansan, sateenkaariväestön ja muiden vähemmistöryhmien edustajien, väkivallan uhrien ja muissa kriisitilanteissa olevien, kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneiden, vankien, ulosotossa olevien ja köyhydessä elävien sekä vammaisten, pitkäaikaisesta kivusta ja elämänlaatuun vaikuttavista pitkäaikaisista sairauksista, päihdeongelmista ja ongelmapelaamisesta kärsivien kanssa.

Toimenpide 14: Koulutetaan mielipidevaikuttajia esimerkiksi kouluissa ja puolustusvoimissa toteutettavaa mielenterveyden vahvistamista ja itsemurhien ehkäisyä varten.

Toimenpide 15: Lisätään vaikuttaviksi osoitettujen itsemurhien ehkäisymenetelmien käyttöä nuorisotyössä.

Toimenpide 16: Kehitetään etsivää työtä verkossa riskiryhmien tavoittamiseksi, jotta heitä voidaan rohkaista hakemaan apua.

Toimenpide 17: Vahvistetaan mielenterveyden edistämisen keinoin mielenterveystaitoja vaikeuksissa olevissa ja äkillisesti muuttuvissa työyhteisöissä, esimerkiksi toiminnan supistamisen ja konkurssitilanteiden yhteydessä.

Toimenpide 18: Järjestetään vanhuspalveluissa yksinäisyyden ehkäisemiseksi esteettömiä ympäristöjä ja uudenlaisia, yhteisöllisempiä asumismuotoja sekä verkko- ja puhelinperusteista tukea täydentämään kasvatusten tapahtuvaa yhteydenpitoa.

Hoidon kehittäminen

Hoidon järjestämisessä varmistetaan, että näyttöön perustuvia hoitoja on tarjolla riittävästi ja että niihin pääsee nopeasti. Hoitohenkilöstön osaamista vahvistetaan siten, että hoitohenkilöstöllä on korkeatasoinen osaaminen ja yhteiset, näyttöön perustuvat toimintamallit 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. Myös yleislääkärit ja työterveyslääkärit ovat avainasemassa, jotta henkilön itsemurhavaara osataan tunnistaa.

Toimenpide 19: Jatketaan sosiaali- ja terveysministeriön kanssa yhteistyötä koulutusten järjestämiseksi itsemurhien estämisen keinoista sosiaali- ja terveydenhuollossa työtä tekeville ammattilaisille.

Toimenpide 20: Tehostetaan edelleen näyttöön perustuvien hoitomenetelmien ja erityisesti uusien sähköisten menetelmien käyttöä itsemurhavaarassa olevien potilaiden hoidossa. Vakiinnutetaan terveydenhuoltoon toimintatavat, jotka noudattavat itsemurhien ehkäisyä ja itsemurhaa yrittäneen hoidon Käypä hoito -suositusta.

Toimenpide 21: Vahvistetaan yhteistyötä hoitotahojen kesken, jotta itsemurhavaarassa olevan potilaan hoito jatkuu saumattomasti hoitotahon vaihtuessa.

Toimenpide 22: Järjestetään viiveettä kaikille välittömässä itsemurhavaarassa oleville psykiatriseen asiantuntemukseen perustuva konsultaatio, jotta hoidon tarve voidaan arvioida ja tehdä jatkosuunnitelma mahdollisine turvasuunnitelmineen. Lasten ja nuorten kohdalla huomioidaan vanhemmat ja sisarukset sekä läheiset ystävät, vanhempien kohdalla lapset ja heidän tuen tarpeensa.

Toimenpide 23: Vahvistetaan yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen varhaisen tuen ja muun hoitojärjestelmän välillä.

Toimenpide 24: 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 25: Suunnitellaan ja järjestetään yhteistyössä media-alan ammattilaisten kanssa koulutus itsemurhasta uutisoimisen ja viestimisen sisällöistä.

Toimenpide 26: Asetetaan sosiaalisen median alustoista vastaaville tahoille velvoite valvontatoimiin, joihin sisältyy velvollisuus tunnistaa itsemurhiin rohkaiseva sisältö ja itsemurhaan viittaavat viestit sekä luoda ohjausjärjestelmä itsemurha-vaarassa oleville.

Tietoperusteisuuden ja tutkimuksen vahvistaminen

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

Toimenpide 27: Sosiaali- ja terveysministeriö laatii hallituskausittain itsemurhien ehkäisyn toimeenpanosuunnitelman, jolla sitoutetaan mukaan kaikki tärkeät sidosryhmät eri hallinnonaloilta.

Toimenpide 28: Itsemurhien ehkäisysuunnitelma sisällytetään kuntien/alueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmiin (esimerkiksi mielenterveys- ja/tai päihdesuunnitelmaan).

Toimenpide 29: Rahoitetaan tutkimusta uusista digitaalisista keinoista itsemurhien ehkäisemiseksi.

Toimenpide 30: Ulotetaan ”psykologisen ruumiinavauksen” menetelmät sisältävä onnettomuustutkinta myös itsemurhiin, aluksi nuorten ja lopulta kaikkiin itsemurhiin, jotka ovat tapahtuneet hoidon aikana tai kuukauden sisällä hoidosta kotutumisen jälkeen.

Toimenpide 31: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnistää kansallisen itsemurharekisterin itsemurhien ehkäisyn laadun seuraamiseksi ja arvioimiseksi sekä itsemurhatutkimuksen mahdollistamiseksi.

Toimenpide 32: Kootaan kansallista, monitieteistä itsemurhatutkimuksen osaamista sen vahvistamiseksi ja vaikuttavuuden lisäämiseksi.

Toimenpide 33: Annetaan vastuu valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyohjelman koordinoinnista, seurannasta ja arvioinnista sekä siihen tarvittavat voimavarat tietyille, tehtäväkokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaiselle taholle.

Toimenpide 34: Toteutetaan järjestölähtöisen varhaisen tuen ja avun koordinaatio, seuranta ja arviointi esimerkiksi Mieli Suomen Mielenterveys ry:n itsemurhien ehkäisykeskuksessa.

Toimenpide 35: Vakinaistetaan itsemurhien ehkäisytyötä tekevien ja muiden hyvinvointia edistävien järjestötoimijoiden toimintaedellytykset ja toiminta Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen ja kuntien/alueiden tuella.

Toimenpide 36: Tehdään esityksiä kansallisille tutkimusrahoittajille poikkitieteellisen itsemurhatutkimusohjelman käynnistämiseksi.

Itsemurhien ehkäisyohjelman seuranta ja ehdotukset mittareiksi

Olenainen osa itsemurhien estämisen toimenpideohjelman on kattava käytännön palveluyksiköiden verkosto, joka on tiiviissä yhteydessä toimintaa valtakunnallisesti koordinoivaan verkostoon. Näin tavoitteiden ja toteutusten jatkuva yhteen nivominen varmistaa sen, että tavoitteet pysyvät elävinä ja että tietoa kootaan järjestelmällisesti ja ajantasaisesti.

Ehdotus 1: Seurataan ajantasaisesti oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä itsemurhakuolemien lukumäärää ja tekotapaa Suomen eri väestöryhmissä ja eri alueilla.

Ehdotus 2: Seurataan hoitoilmoitusrekistereistä itsemurhayritysten lukumäärää ja tekotapaa Suomen eri väestöryhmissä ja eri alueilla.

Ehdotus 3: Seurataan terveydenhuollon laaturekistereistä häiriöryhmittäin, kuinka monen potilaan sairaalahoidon päättymisen jälkeen avohoito alkaa 7 vuorokauden kuluessa.

Liite

Mielenterveysstrategian valmistelu

Mielenterveysstrategian sisällöstä vastasi laaja-alainen asiantuntijaryhmä, johon kuului palvelujärjestelmän asiantuntijoita ja mielenterveysalan järjestöjä. Asiantuntijaryhmän tehtävänä oli valmistella strategia, joka kattaa seuraavat osa-alueet:

- kaikille mahdollisuus mielen hyvinvointiin ja hyviin arkiympäristöihin,
- mielenterveyden ongelmia ehkäisevä toiminta ja palvelut,
- Ihmiset voivat vaikuttaa ja toimia tarvitsemiaan palveluja koskevissa asioissa.
- Kaikki ikäryhmät saavat toimivat palvelut. Erityisesti painotetaan lasten ja nuorten palveluita sekä palvelujen kokonaisuuksia ja siirtymävaiheita,
- päätöksenteolla vaikuttavuutta.

Mielenterveysstrategia tukee mielenterveys- ja päihdelainsäädännön toimeenpanoa. Strategia sisältää erityisenä painopisteenä lasten ja nuorten mielen-terveyden ja poikkihallinnollisen yhteistyön kehittämisen. Strategia sovitetaan yhteen sosiaali- ja terveysministeriön muun strategisen ohjauksen kanssa koko sen keston ajan.

Asiantuntijaryhmä piti kolmetoista kokousta ja kaksi työpajaa 21.9.2018–13.12.2019. Ohjausryhmä kokoontui neljä kertaa 21.8.2018–13.12.2019. Itsemurhien ehkäisyohjelman valmisteli Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen itsemurhien ehkäisyn verkosto.

Asiantuntijaryhmä järjesti sidosryhmäkuulemisia mielenterveysstrategiaan ehdotetuista painopisteistä keväällä 2019. Kuulemiset toteutettiin kahtena verkkokyselynä sekä eri sidosryhmille järjestettyinä kuulemistilaisuuksina ja työpajoina. Otakantaa.fi -sivuston kysely oli auki 8.4.2019–5.5.2019. Kyselyyn tuli 661 vastausta. Asiantuntijoille ja ammattilaisille suunnattu Webropol -kysely oli auki 5.4.2019–31.5.2019. Kyselyyn tuli 129 vastausta. Kuulemistilaisuuksia järjestettiin yhteensä yhdeksän 8.4.–27.5.2019. Tilaisuuksiin osallistui laaja joukko järjestöjen ja viranomaisten edustajia sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen edustajia. Lisäksi saatiin 16 kirjallista lausuntoa tai muuta kirjallista palautetta. Palautteita saatiin kaikkiaan 806 kappaletta. Mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman luonnos oli lausuttavana 1.10.–28.10.2019. Lausunnon toimitti yhteensä 162 eri tahoa.

Mielenterveysstrategian valmistelun ohjausryhmä

Puheenjohtaja

Markku Tervahauta ylijohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
(tilalle 10.1.2019 alkaen ylijohtaja
Tuija Kumpulainen, sosiaali- ja terveysministeriö)

Varapuheenjohtaja

Liisa-Maria Voipio-Pulkki johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet

Sami Pirkola professori, Tampereen yliopisto
Hanna-Mari Alanen psykiatrian toimialuejohtaja,
Tampereen yliopistollinen sairaala
Virve Flinkkilä palvelupäällikkö, aikuisten ja perheiden
sosiaalipalvelut, Vantaan kaupunki
Saila Hohtari aikuis- ja perhetyön päällikkö, Rauman kaupunki
Pia Hytönen toiminnanjohtaja,
Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry
Matti Kaivosoja ylilääkäri, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja
terveyspalvelukuntayhtymä Soite
Tapio Kekki ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri
Meri Larivaara neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
(1.3.2019 lähtien johtava asiantuntija,
Mieli Suomen Mielenterveys ry)
Eveliina Pöyhönen sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Klaus Ranta linjajohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Päivi Rissanen sosiaalityöntekijä-kehittäjä, Mielenterveyden
keskusliitto
Timo Salmisaari johtava asiantuntija, Ecoworks Oy
Helena Vorma lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Kristian Wahlbeck kehitysjohtaja, Mieli Suomen Mielenterveys ry

Sihteerit

Airi Partanen	kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Jaana Suvisaari	tutkimusprofessori, yksikön päällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Salla Toppinen-Tanner	ohjelmapäällikkö, Työterveyslaitos

Mielenterveysstrategian valmistelun asiantuntijaryhmä

Puheenjohtaja

Sami Pirkola	professori, Tampereen yliopisto
---------------------	---------------------------------

Jäsenet

Hanna-Mari Alanen	psykiatrian toimialuejohtaja, Tampereen yliopistollinen sairaala
Virve Flinkkilä	palvelupäällikkö, aikuisten ja perheiden sosiaalipalvelut, Vantaan kaupunki
Saila Hohtari	aikuis- ja perhetyön päällikkö, Rauman kaupunki
Pia Hytönen	toiminnanjohtaja, Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry
Matti Kaivosoja	ylilääkäri, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite
Tapio Kekki	ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri
Airi Partanen	kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Klaus Ranta	linjajohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Päivi Rissanen	sosiaalityöntekijä-kehittäjä, Mielenterveyden keskusliitto
Timo Salmisaari	johtava asiantuntija, Ecoworks Oy
Jaana Suvisaari	tutkimusprofessori, yksikön päällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Salla Toppinen-Tanner	ohjelmapäällikkö, Työterveyslaitos
Kristian Wahlbeck	kehitysjohtaja, Mieli Suomen Mielenterveys ry

Sihteerit

Helena Vorma	lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
Meri Larivaara	neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö (1.3.2019 lähtien johtava asiantuntija, Mieli Suomen Mielenterveys ry)
Tuulia Rotko	erityisasiantuntija, sosiaali- ja terveysministeriö (20.3.2019 alkaen)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen itsemurhien ehkäisyn verkosto

Puheenjohtaja

Timo Partonen	tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
----------------------	--

Jäsenet

Jaana Suvisaari	tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Pia Solin	johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Viivi Suihkonen	toiminnanjohtaja, Surunauha ry (tilalle 1.2.2019 lähtien Riika Hagman-Kiuru , Surunauha ry)
Olavi Sydänmaalakka	toiminnanjohtaja, Mielenterveyden keskusliitto
Tanja Laukkala	asiantuntijalääkäri, Kela
Marianna Virtanen	professori, Uppsalan yliopisto
Outi Ruishalme	johtaja, Mieli Suomen Mielenterveys ry
Riikka Nieminen	KoKoA ry
Meri Larivaara	neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö (tilalle 28.2.2019 alkaen erityisasiantuntija Tuulia Rotko , sosiaali- ja terveysministeriö)
Sami Pirkola	professori, Tampereen yliopisto

Sihteeri

Jasmin Jokinen	suunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
-----------------------	---

Lähteet

Mielenterveysstrategia

Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S. Nuoret luukulla – Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, Nordling E, Solin P. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen Lääkärilehti 2016; 24: 1759–1764.

Bijl RV, De Graaf R, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WA. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37(8): 372–379

Cantell M, Castrén S, Fabritius J, Järvinen-Tassopoulos J, Keinänen J, Kesänen M, Koskela T, Laitakari S, Leinonen S, Mikkola J, Murto A, Mustalampi S, Mykkänen A, Rydman E, Salonen A, Selin J, Suominen S, Tukia J, Tulirinta T. Suomalaisen rahapelaimisen tilannekatsaus 2017. 2. korjattu painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-291-8>

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(5): 415–424.

Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M, Lumme S, Pirkola S, Keskimäki I, Manderbacka K, Böckerman P. Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2019; 4: 371–381.

Halme N, Kanste O, Klemetti R, Kuusio H, Rajala R, Seppänen J. Ulkomaista syntyperää olevien nuorten hyvinvointi Kouluterveyskyselyssä vuonna 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 26/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-910-1>

Ikonen R, Hietamäki J, Laakso R, Heino T, Seppänen J, Halme, N. Sijoitettujen lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-903-3>

Joukamaa M. ja työryhmä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti 2010:1. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisu, 2010.

<https://www.rikosseuraamus.fi>

Kanste O, Sainio P, Halme N, Nurmi-Koikkalainen, P. Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja avun saaminen - Toteutuuko yhdenvertaisuus? Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-838-8>

Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285–308.

Karasek R & Theorel T. *Healthy work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, 1990.

Kasteenpohja T, Marttunen M, Aalto-Setälä T, Perälä J, Saarni SI, Suvisaari J. Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 47.

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. *Schizophrenia Research* 2018; 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.

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA ym. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry* 1996; 17–30.

Knapp M, McDaid D, Parsonage M (toim.). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. London: Department of Health, 2011.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Fin Terveys 2017 –tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2018.
<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. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *Plos One* 2018; 13(12): e0207856: 2.

Kuussaari K & Hirschovits-Gerz T. Co-occurrence of substance use related and mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of Public Health* 2016; 44: 202–209.

Luopa P, Kanste O, Klemetti, R. Toisella asteella opiskelevien sateenkaarinuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2017. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-909-5>

Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US ym. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 126–34.

Mielenterveysbarometri 2019. Mielenterveyden keskusliitto. <https://www.mtkl.fi>

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.

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018; 28. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018. More than one in six people in EU countries have a mental health problem. IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation). <http://dx.doi.org/10.1787/888933833920>

Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskenniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Verkkojulkaisu <http://www.terveytemme.fi>.

Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2017. Tilastoraportti 33/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018101037957>

Räsänen S, Läksy K, Leppävuori A. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys, luokittelu ja diagnostiikka. Kirjassa: Pesonen T, Aalberg V, Leppävuori A, Räsänen S, Viheriälä L. (toim.). Yleissairaalapsykiatria. Duodecim 2019: 340–345.

Schaufeli W, De Witte H, Desart S. Burnout assessment tool (BAT). KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report, 2019.

Schaufeli W, Shimazy A, Hakanen J, Salanova M, De Witte H. An ultra-short measure for work engagement. The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment* 2019; 35(4), 57–591.

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 12/2019. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-351-9>

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166(10): 1092–7.

Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of The Homeless in Helsinki, Finland. Helsingin yliopisto DSHealth Doctoral Thesis Series 2019; 29: 69, 76. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2018. Työkyvyttömyyseläkkeensaajat sairaus pääryhmän mukaan 31.12.2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 9/2019. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos, 2019. Viitattu: 16.7.2019. <https://www.etk.fi>

Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, Härkänen T, Saarni SI, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. 2009. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009; 39(2): 287–99.

Takala J & Ilva M. Mikä suojaa nuorta aikuisten alkoholinkäytön aiheuttamilta haitoilta? *Yhteiskuntapolitiikka-YP* 77 2012; 2: 176–185. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117923>

Taskutilasto 2019. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061019680>

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; 22; 374(9690):620–7.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Keskusteluvaiveuksia vanhempien kanssa, % 8. ja 9. luokan oppilaista. Kouluterveyskysely. Info indikaattori 329. Viitattu 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Alkoholialliikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%). Info indikaattori 4411. Viitattu 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaat 31.12 yhteensä. Info indikaattori 2869. Viitattu 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päihdehuollon asumispalveluissa asiakkaita/ 1000 asukasta. Info indikaattori 1272. Viitattu 10.12.2019. <https://sotkanet.fi>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielen-
terveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000 vastaavan ikäistä kohden. Viitattu
11.12.2019. info ind. 3075, info ind. 2483, indo ind. 2484

Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, Mc Daid, D, Mikkonen J, Parkkonen J, Reini K,
Salovuori S, Tourunen J. Toimivat mielen- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston
selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2017:89. Valtioneuvoston kanslia, 2017.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-501-3>

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 Den-
mark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015; 131(4): 297–306.

WHO. Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options.
Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Pre-
vention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht: A Report of
the World Health Organization, 2004.

WHO. Mental health: Strengthening Our Response. 2014. [https://www.who.int/
news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

Mielen-terveysstrategia, muu kirjallisuus:

Partanen A, Moring J, Bergman V, Karjalainen J, Kesänen M, Markkula J, Marttunen
M, Mustalampi S, Nordling E, Partonen T, Santalahti P, Solin P, Tuulos T, Wuorio S.
Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015: Miten tästä eteenpäin? Työpa-
peri 20/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2015.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-538-7>

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen
sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2015:19.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3746-8>

Mielen-terveys ja päihdesuunnitelma - Ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön ke-
hittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:24.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>

Fancourt D & Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network (HEN): synthesis report 67. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.

Mental Health ATLAS 2017. World Health Organization.

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

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2768-1>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>

Mäkelä P, Härkönen J, Lintonen T, Tigerstedt C, Warpenius K. Näin Suomi juo – Suomalaisien muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Teema 29/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>.

Mielenterveysstrategian valmistelun osana julkaistut selvitykset:

Raivio H & Appelqvist – Schmidlechner. IPS –Sijoita ja valmenna! –toimintamallin soveltamisen mahdollisuudet suomessa. Työpaperi 23/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-377-9>

Partonen T, Eklin A, Grainger M, Kauppila R, Suvisaari J, Virtanen A. Itsemurhakuolemat Suomessa 2016 – 2018: Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>

Kurki-Kangas L. Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5>

Itsemurhien ehkäisyohjelma:

Hakanen J, Upanne M. Itsemurhien ehkäisyn käytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojektin seuranta ja arviointi. Raportteja 228. Helsinki: Stakes, 1999.

Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935–940.

Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. *Duodecim* 2014; 130: 1536–1544.

Holopainen J, Helama S, Partonen T. Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa. *Suom Lääkäril* 2015; 70: 1983–1989.

Korpilahti U, toim. Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025: osa I. Työpaperi 11/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.

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.

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.

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.

Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003; 119: 1827–1834.

Saamelaisten kansallinen osaamiskeskus – psyykkinen terveys- ja päihdehuolto & Saamelaisneuvosto: Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa asuvien saamelaisten itsemurhien ehkäisy-suunnitelma. Käräsijohka/Kaarasjoki: SANKS, 2017.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Tilastokeskus 2018. Viitattu: 23.5.2018. Saantitapa:

www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat_html/atlas.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus, 2017. ISSN=1799-5051.

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0 – 80 vuotta/ 100 000 asukasta. Info indikaattori 3960. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3960>

Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999.



Pääministeri Marinin hallitus julkistaa hallitusohjelman mukaisesti Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020–2030 ja käynnistää sen toimeenpanon. Tässä julkaisussa kerrotaan Mielenterveysstrategian tausta ja tavoitteet, julkistetaan mielenterveystyön painopisteet vuoteen 2030 asti sekä kuvataan vuosina 2020–2022 käynnistettävät toimenpiteet sekä niiden seuranta. Mielenterveysstrategiaan kuuluu erillinen, tavoitteellinen itsemurhien ehkäisyohjelma.

Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma on laadittu laajassa yhteistyössä sidosryhmien kanssa. Se perustuu kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan mielenterveyteen. Mielenterveysstrategian toimeenpano sitouttaa laaja-alaisesti eri toimijoita.

Internet: stm.fi/julkaisut

JULKAISUJEN MYYNTI:
julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi

ISSN Nid. 1236-2050
ISSN PDF 1797-9854
ISBN Nid. 978-952-00-4143-4
ISBN PDF 978-952-00-4139-7