

# *Mielenterveystyö*

## **Euroopassa**

---

*Toimituskunta:*

*Juha Lavikainen*

*Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes)*

*Eero Lahtinen*

*Sosiaali- ja terveysministeriö*

*Ville Lehtinen*

*Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes)*



© Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes)  
Sosiaali- ja terveysministeriö

Hanke on saanut taloudellista tukea Euroopan komissiolta.

Euroopan komissio tai sen puolesta toimivat tahot eivät ole vastuussa tässä julkaisussa esitettävien tietojen käytöstä.

ISSN 1236-2115  
ISBN 952-00-1573-6

Kannen kuva: Harri Heikkilä  
Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy  
Paino: Edita Prima Oy, Helsinki 2004

# RAPORTIN TÄRKEIMMÄT VIESTIT:

*Ei ole olemassa terveyttä ilman mielenterveyttä!* Mielenterveys on erottamaton osa yleistä kansanterveyttä.

*Mielenterveysongelmat aiheuttavat raskaan ja kasvavan taakan*, joka aiheuttaa huomattavat kustannukset yhteiskunnalle, pitkäkestoista invaliditeettia, kuolleisuuden lisääntymistä ja valtavaa inhimillistä kärsimystä. Eräät mielenterveysongelmat, kuten masennus, ovat lisäksi jatkuvasti yleistymässä.

*Mielenterveystyöhön* kuuluvat yhtä lailla mielenterveyden edistäminen kuin mielenterveysongelmien hoitaminenkin.

*Tehokkaita näyttöön perustuvia keinoja on käytettävissä* mielenterveyden edistämiseksi ja mielenterveysongelmien estämiseksi ja hoitamiseksi.

*Jokaisen maan tulee kehittää oma mielenterveysstrategiansa* olennaisena osana laaja-alaista kansanterveyspolitiikkaa, ottaen huomioon maan sosiaaliset ja kulttuuriset olosuhteet. Mielenterveys tulisi huomioida kaikissa toimintalinjoissa sekä kaikilla tasoilla ja sektoreilla.

Mielenterveyden edistämässä *on saavutettavissa merkittävää lisäarvoa* tehostamalla yhteistyötä EU:n jäsenvaltioiden ja muiden Euroopan maiden kesken sekä myös maailmanlaajuisesti.



# TIIVISTELMÄ

Mielenterveystyö Euroopassa. Toim. Juha Lavikainen, Eero Lahtinen ja Ville Lehtinen. Helsinki 2004. 80 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2004:17)  
ISBN 952-00-1573-6.

Mielenterveys on erottamaton osa kansanterveyttä ja sillä on merkittävä vaikutus kansakuntaan ja niiden inhimilliseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen pääomaan. Siksi on välttämätöntä, että mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen sisällytetään kaikkiin kansanterveysstrategioihin.

Tässä julkaisussa korostetaan kolmea kehityslinjaa: ensimmäinen ja tärkein on mielenterveyden nostaminen esiin ammatillisesti, organisatorisesti ja jopa poliittisesti eristetystä asemastaan laajemmin kansanterveyden piiriin kuuluvaksi. Toinen linja edellyttää painopistemuutosta, jossa pelkästä yksilötason tarkastelusta tulisi siirtyä vahvistamaan väestöllistä mielenterveysnäkökulmaa. Tämä on välttämätöntä jotta voidaan paremmin ymmärtää, kuinka mielenterveys on integroitavissa kansanterveyspolitiikkaan, -strategioihin ja -ohjelmiin ja kuinka toimia mielenterveyteen vaikuttavien toimintalinjojen yli. Kolmas ja ehkä innovatiivisin painopistekysymys liittyy siihen, miten mielenterveys ymmärretään. Perinteisesti mielenterveys on yhdistetty psyykkisiin häiriöihin, mutta pelkän mielenterveyden kielteisen puolen sijasta nykyisessä ajattelussa ja toimissa tulisi kohdistaa huomio positiiviseen mielenterveyteen. Tällaista lähestymistä pitäisi korostaa erityisesti mielenterveyden seurannassa.

Tämän julkaisun ensimmäinen osa esittelee mielenterveyteen vaikuttavien kansanterveystoimien pääpiirteet Euroopassa, mukaan lukien käytännön toimenpiteet eurooppalaisten mielenterveyden suojelemiseksi, edistämiseksi ja parantamiseksi. Julkaisussa viitataan Amsterdamin sopimuksen 152. artiklan vaatimuksiin, joiden mukaan kaikissa yhteisön toimintalinjoissa on saavutettava korkea terveydensuojelun taso. Julkaisussa käsitellään siten myös soveltuvilta osin muita julkisia toimintalinjoja, jotka vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti mielenterveyteen ja jotka EU:n ja sen jäsenvaltioiden tulisi ottaa huomioon.

Julkaisun toisessa osassa esitellään kokonaisvaltaisen mielenterveystyön kannalta keskeiset taustatiedot. Mielenterveyden edistäminen, preventiomallit, itsemurhien ehkäisy, mielenterveysongelmien hoitojärjestelmä, kuntoutus ja mielenterveyden seuranta kuuluvat käsiteltäviin asioihin. Todetaan, että tehokkaista mielenterveyttä edistävästä ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevästä toimenpiteistä on olemassa lisääntyvä näyttöä, mutta alalla toimivien järjestöjen ja verkostojen väliltä puuttuu yhä tehokas yhteistyörakenne. On kuitenkin käymässä entistä selvemmäksi, että ammatilliset, hallinnolliset ja poliittiset rajat ylittävä yhteistyö mitä todennäköisimmin hyödyttää kaikkia osallistujia.

Avainsanat: Euroopan unioni, kansanterveys, mielenterveys, mielenterveyden edistäminen.

# SAMMANDRAG

Mentalvårdsarbete i Europa. Red. av Juha Lavikainen, Eero Lahtinen och Ville Lehtinen. Helsingfors 2004. 80 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115, 2004:17)  
ISBN 952-00-1573-6

Den mentala hälsan är en oskiljaktig del av folkhälsan, och den spelar en betydande roll för nationerna och deras mänskliga, sociala och ekonomiska kapital. Därför är det nödvändigt att den mentala hälsan och dess främjande beaktas i alla folkhälsostrategier.

I denna publikation poängteras tre utvecklingslinjer: den första och viktigaste går ut på att den mentala hälsan lyfts fram ur sin professionellt, organisatoriskt och till och med politiskt avskärmade position och placeras inom ramen för den allmänna folkhälsan. Den andra utvecklingslinjen förutsätter en tyngdpunktsförskjutning så, att man från fokuseringen på individuell nivå går över till att stärka mentalvårdsaspekten ur hela befolkningens synvinkel. Detta är nödvändigt för att man bättre skall förstå hur den mentala hälsan kan integreras med folkhälsopolitik, -strategier och -program och hur man kan agera på ett sätt som sträcker sig över de handlingslinjer som påverkar den mentala hälsan. Den tredje och kanske mest innovativa tyngdpunktsaspekten gäller frågan om hur mental hälsa uppfattas. Av tradition har den mentala hälsan koppelats samman med psykiska störningar, men i stället för att enbart uppehålla sig vid den negativa sidan av mental hälsa borde man framöver fästa allt större uppmärksamhet vid positiv mental hälsa. Ett sådant betraktelsesätt borde poängteras i synnerhet vid uppföljningen av den mentala hälsan.

I första delen av denna publikation presenteras i huvuddrag de folkhälsosatsningar som påverkar den mentala hälsan i Europa inklusive de praktiska åtgärderna för att skydda, främja och förbättra européernas mentala hälsa. I publikationen hänvisas till kraven i Amsterdamfördragets artikel 152, enligt vilka det gäller att uppnå en hög hälso-skyddsnivå inom gemenskapens samtliga handlingslinjer. I publikationen behandlas således i tillämpliga delar även andra offentliga handlingslinjer som direkt eller indirekt påverkar den mentala hälsan och som EU och dess medlemsstater borde beakta.

I andra delen presenteras sådana bakgrundsfakta som är av central betydelse för ett helhetsinriktat mentalvårdsarbete. Främjande av den mentala hälsan, preventionsmodeller, förebyggande av självmord, systemet för vård av mentala störningar, rehabilitering och uppföljning av mental hälsa hör till de frågor som tas upp till behandling. I publikationen konstateras att det finns allt mer belägg för betydelsen av effektiva åtgärder som främjar den mentala hälsan och förebygger mentala störningar men att det alltjämt saknas en effektiv samarbetsstruktur mellan de organisationer och nätverk som är verksamma inom detta område. Det börjar dock vara allt mer uppenbart att ett samarbete som överbryggar professionella, administrativa och politiska gränser gagnar alla medverkande.

Nyckelord: Europeiska unionen, folkhälsa, främjande av mental hälsa, mental hälsa

## SUMMARY

Mental health work in Europe. Eds. Juha Lavikainen, Eero Lahtinen and Ville Lehtinen. Helsinki 2004. 80 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115, 2004: 17) ISBN 952-00-1573-6

Mental health is an indivisible part of public health, and it has a significant impact on nations and their human, social and economic capital. It is therefore necessary that mental health and its promotion are encompassed in all public health strategies.

The present publication stresses three lines of development: the first and the most important of them is raising mental health from its professional, organisational and even political isolation to a broader sphere of public health. The second line presupposes a change in priorities: shifting from the focus on the individual level towards strengthening the mental health approach at the population level. This is necessary in order to gain a better insight into how mental health work could be integrated into public health policies, strategies and programmes and how to act across policies that impact on mental health. The third, and perhaps the most innovative priority issue is related to how mental health is understood. Traditionally, mental health has been associated with mental disorders, but in contemporary thinking and actions more focus should be placed on positive mental health, instead of the negative side of mental health. Such an approach should be emphasised in particular in the context of mental health monitoring.

The first part of the publication presents the main features of public health measures affecting mental health in Europe, including practical measures to protect, promote and enhance mental health among Europeans. The publication makes reference to the requirements of Article 152 in the Treaty of Amsterdam, according to which a high level of human health protection shall be ensured in all Community actions and policies. Thus the publication also deals, as appropriate, with other public activities that influence mental health either directly or indirectly, and that the EU and individual Member States should draw attention to.

The second part of the publication presents background information that is vital to overarching work for mental health. Mental health promotion, prevention models, suicide prevention, the system of treating mental health problems, rehabilitation and mental health monitoring are among the issues dealt with. It is stated that there is increasingly evidence of effective measures that promote mental health and prevent mental ill-health, but that there still is no efficient collaborative structure between the organisations and networks active in the field. It is, however, becoming more and more evident that co-operation across professional, administrative and political borders will most probably benefit all participants.

Key words: European Union, mental health, mental health promotion, public health





## ESIPUHE

Mielenterveys tärkeä osa terveyttä ja se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa fyysisen terveyden kanssa. Se on kuitenkin perinteisesti ollut poliittisesti, lainsäädännöllisesti, organisatorisesti ja akateemisesti erillään 'yleisestä' kansanterveydestä. Pitkästi tästä johtuen Suomi päätti vuoden 1999 Euroopan Unionin puheenjohtajuuteen valmistautuessaan nostaa mielenterveyden EU:n asialistalle. EU:n toimivalta kansanterveysalalla painottuu ensisijaisesti terveyden suojeluun ja edistämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn. Koska mielenterveydellä on keskeinen merkitys kansakuntien hyvinvoinnille sekä niiden sosiaaliselle, inhimilliselle ja taloudelliselle pääomalle, mielenterveyteen vaikuttavat toimenpiteet ovat entistä tärkeämpiä myös eurooppalaisessa viitekehyksessä.

Vaikka suunnitelma kohtasikin aluksi vastarintaa sekä kotimaassa että EU:n tasolla, se on osoittautunut omassa luokassaan EU:n lyhyen kansanterveysthistorian kaikkein menestyksekkäimmäksi. Suomen puheenjohtajuuskaudesta lähtien mielenterveys on ollut useaan otteeseen esillä EU:ssa korkealla tasolla. Ministerineuvostossa on hyväksytty jo useita, mielenterveyskysymyksiä koskevia poliittisia kannanottoja. Uuden perustuslain kansanterveysartiklassa puhutaan – aiemman ”terveyden” sijaan – ”terveydestä ja mielenterveydestä”.

Hanke ”Mielenterveys Euroopan asialistalle” toteutettiin Euroopan yhteisön Terveyden edistämistä, terveydestä tiedottamista, terveyskasvatusta ja -koulutusta koskevalta yhteisön toimintaohjelman projektina. Iskulauseina olivat mm. ”ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä” ja ”mielenterveys on osa kansanterveyttä”. Hanketta koordinoivat Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön terveysosasto ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

Hankkeen käsillä olevassa raportissa *Mielenterveystyö Euroopassa* pyritään vastaamaan kysymykseen siitä, mitä mielenterveyteen kohdistuvat kansanterveystoimet EU:n tasolla voisivat olla. Raportin ja sitä edeltäneiden julkaisujen valmisteluun on osallistunut myös suuri joukko suomalaisia asiantuntijoita, joiden työ on ollut hankkeelle monin tavoin merkityksellistä. Suomenkielisen käännöksen toimittamisen tavoitteena on yhtäältä tuoda eurooppalaisena yhteistyönä toteutetun hankkeen tulokset laajempaan kansalliseen tietoisuuteen ja toisaalta toimia apuna kansallisen, alueellisen ja paikallisen tason mielenterveystyön suunnittelussa.

Raportti julkaistaan muutamaa kuukautta ennen seuraavaa merkittävää kansainvälistä terveystyöpoliittista mielenterveystapahtumaa, Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan Alue toimiston mielenterveyttä koskevaa ministerikonferenssia, jota Suomi isännöi tammikuussa 2005 Helsingissä.

Helsingissä, syyskuussa 2004

*Kimmo Leppo*  
Ylijohtaja

# SISÄLLYSLUETTELO

OSA 1 Mielenterveyttä koskevat kansanterveyden toimintapuitteet .....	13
Yhteenveto .....	13
1. Johdanto .....	15
2. Mielenterveyden käsitteet .....	16
3. Miksi parantaa mielenterveyttä? .....	16
3.1 Mielenterveydellä on huomattava yhteiskunnallinen arvo .....	17
3.2 Mielenterveysongelmat ovat raskas taakka .....	17
3.3 Tehokkaita toimia on tarjolla .....	17
3.4 Kansainvälisestä yhteistyöstä on hyötyä .....	18
4. Strategian tärkeimmät lähtökohdat .....	18
5. Mielenterveystyö .....	19
6. Mielenterveyttä koskevien kansanterveystoimien osa-alueet .....	20
6.1 Mielenterveys yhteiskunnan eri toiminta-alueilla .....	21
6.2 Sosiaali- ja terveyspalvelut .....	22
6.3 Tukirakenteet .....	23
6.4 Ohjausmekanismit .....	24
7. Lopuksi .....	25
OSA 2 Mielenterveydellä on väliä: keskeiset taustatiedot .....	26
Yhteenveto .....	26
1. Johdanto .....	28
1.1 Mielenterveysongelmien raskas taakka .....	28
1.2 Euroopan mielenterveysagenda .....	28
1.3 Tulevaisuuden toimintatarpeet .....	31
2. Keskeisten käsitteiden määritelmät ja kuvaukset .....	32
2.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat .....	32
2.2 Mielenterveyden edistäminen .....	32
2.2.1 Mielenterveyden edistämisen lähtökohdat .....	35
2.2.2 Vaikuttavuuden osoittaminen .....	36
2.3 Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy .....	36
2.3.1 Prevention perinteinen kansanterveysmalli .....	36
2.3.2 Primaariprevention uudet käsitteelliset määrittelyt .....	37
2.3.3 Elämäntilanne- ja sosiaalisen tuen teorioihin perustuvat strategiat .....	38
2.4 Itsemurhien ehkäisy .....	40
2.4.1 Ongelman määrittely .....	41
2.4.2 Syiden tunnistaminen .....	42
2.4.3 Interventioiden kehittäminen ja toimeenpano .....	42

2.5	Mielenterveysongelmien hoitojärjestelmä.....	42
2.5.1	Mielenterveysongelmien hoito ja siihen liittyvät käsitteet.....	43
2.5.2	Mielenterveysongelmien hoidon tehtävät.....	43
2.5.3	Mielenterveysongelmien hoidon tulokset.....	43
2.5.4	Mielenterveyspalvelut ja mielenterveysongelmien hoitojärjestelmät.....	44
2.5.5	Mielenterveyden avohoidon puolesta puhuvat seikat.....	44
2.5.6	Tehokas hoitojärjestelmä.....	45
2.6	Mielenterveysongelmaisten kuntoutus.....	45
2.6.1	Yksilö- ja ympäristölähestymistapojen yhdistelmä.....	47
2.6.2	Painopiste vahvuksiin, ei häiriöihin.....	47
2.6.3	Tukea tarjoavien ympäristöjen kehittäminen.....	48
2.6.4	Kuntoutuja aktiivisena osallistujana.....	48
2.6.5	Innovatiivinen lähestymistapa.....	48
2.6.6	Tavoitteena mielekäs elämä.....	49
2.7	Mielenterveyden seuranta.....	49
2.7.1	Terveyden seurantajärjestelmän rakenne.....	49
2.7.2	Terveyden seurannan menetelmä.....	52
2.7.3	Tietoaineksestä analyysiin.....	52
2.7.4	Johtopäätökset.....	53
3.	Hyvien käytäntöjen tunnistaminen.....	54
3.1	Hyvien käytäntöjen tarve.....	54
3.2	Laatuindikaattorit.....	54
3.3	Tehokkaan levittämisen kriteerit.....	58
4.	Esimerkkejä hyvistä käytännöistä.....	61
4.1	Mielenterveyden edistäminen.....	61
4.1.1	Lapsen syntymään liittyvä valistus vanhemmille.....	62
4.1.2	Lasten aggressioiden vähentäminen.....	62
4.1.3	Työttömyys.....	63
4.2	Mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy.....	64
4.2.1	Yksinäisten nuorten äitien tukeminen.....	64
4.2.2	Masennuksen ehkäisy.....	64
4.3	Itsemurhien ehkäisy.....	65
4.3.1	Kansallisen ohjelman strategia ja toteutus.....	65
4.3.2	Arviointi.....	68
4.4	Mielenterveysongelmien hoito.....	69
4.4.1	Pohjois-Birminghamin mielenterveyspalveluiden ”toiminnalliset ryhmät” <sup>10</sup> .....	69
4.4.2	’Pension Bettina’ – perhekoulu Wienissä.....	71
4.5	Kuntoutus.....	73
4.5.1	Työkyvyn ylläpitoon tähtäävä kuntoutus.....	73
4.5.2	Psykososiaalisen kuntoutuksen klubitomalli.....	74



## OSA I

# Mielenterveyttä koskevat kansanterveyden toimintapuitteet

## Mielenterveys kansanterveystyössä

## Yhteenveto

### Toiminnan painopistettä on muutettava

Tämä raportti korostaa tarvetta muuttaa mielenterveyden painopistettä kolmesta syystä. Ensiksi, koska terveys ja hyvinvointi ovat riippuvaisia mielenterveydestä, mielenterveys tulisi vapauttaa ammatillisesti, organisatorisesti ja poliittisesti syrjäytyneestä asemastaan osaksi kansanterveyttä. Toiseksi, yksilötason mielenterveyteen keskittymisen sijasta pitäisi vahvistaa väestötason mielenterveysnäkökulmaa. Tämä on välttämätöntä, jotta voidaan paremmin ymmärtää, miten mielenterveys tulisi integroida kansanterveyspolitiikkaan, -strategioihin ja -ohjelmiin ja kuinka mielenterveyteen voidaan vaikuttaa kaikilla toiminta-alueilla. Kolmanneksi, on muutettava yleistä mielenterveyden näkökulmaa, joka on perinteisesti liittynyt mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyden häiriöiden rinnalla tulisi kohdistaa huomio positiiviseen mielenterveyteen.

### Miksi toimiin on ryhdyttävä?

Positiivinen mielenterveys on merkittävä voimavara niin yksilöille, perheille, yhteisöille kuin kansakunnillekin. Se myös edistää yksilön kykyä vaikuttaa mielekkäällä tavalla sosiaalisiin verkostoihin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Mielenterveysongelmat puolestaan kasvattavat selvästi yleisiä terveysmenoja ja lisäävät työkyvyttömyyttä, kuolleisuutta, tuotannonmenetyksiä, köyhyyttä ja huonoa elämänlaatua. Mielenterveydellä on siis huomattava yhteiskunnallinen itseisarvo, sillä mielenterveysongelmat muodostavat rasakan taakan niin yksilöille kuin koko yhteiskunnallekin.

Tehokkaista mielenterveyttä edistävästä ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevästä toimenpiteistä on lisääntyvää näyttöä, mutta alalla toimivien järjestöjen ja verkostojen välillä ei vielä ole riittävän tehokasta yhteistyötä. On kuitenkin selvää, että ammatilliset, hallinnolliset ja poliittiset rajat ylittävä yhteistyö hyödyttää kaikkia osallistujia.

## Toimintapuitteet

Mielenterveyden toimintastrategioiden tulisi kattaa ainakin seuraavat alueet:

- mielenterveyden kannalta suotuisan politiikan kehittäminen,
- mielenterveysvaikutusten arviointi yhteiskunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa,
- mielenterveyden edistäminen kaikissa asiaankuuluvissa tilanteissa,
- mielenterveysongelmien riskitekijöiden vähentäminen,
- mielenterveysongelmiin liittyvän häpeän lieventäminen sekä
- ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojeleminen.

Tämän lisäksi tarvitaan myös keinoja ja palveluita mielenterveysongelmien varhaiseen toteamiseen, hoivaan, hoitoon ja kuntoutukseen sekä kuolleisuuden ehkäisemiseen. Näitä toimia voidaan suunnata kaikille tasoille – yksilöihin, ryhmiin, yhteisöihin ja yhteiskuntaan.

## Toiminnan osa-alueet

Jokaisen maan tulisi laatia oma strateginen mielenterveyspolitiikkansa, ja nivoa se yleiseen terveyspolitiikkaan kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Vaikka jokaisella maalla onkin omat erityistarpeensa, ongelmansa, voimavararajoitteensa ja haasteensa, on olemassa myös yhteisiä kysymyksiä. Kansallisten toimintalinjojen tulisi käsitellä näitä kysymyksiä, jotta olemassa olevia voimavaroja käytettäisiin tehokkaasti mielenterveyden kohentamiseksi.

Mielenterveyden kannalta olennaisia kansanterveyteen liittyviä kysymyksiä ovat:

- mielenterveyden huomioon ottaminen kansallisen politiikan eri lohkoilla (esim. työllisyys, koulutus, asuminen, ympäristö, tasa-arvo);
- sosiaali- ja terveyspalvelut (esim. perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sosiaalipalvelut, palvelusektoreiden välinen yhteistyö);
- tukea tarjoavat verkostot ja rakenteet, kuten mielenterveyden seuranta, tutkimus ja kehittäminen, henkilöstö, kansalaisjärjestöt, palvelunkäyttäjät ja omaiset; sekä
- ohjausmekanismit (lainsäädäntö, rahoitus, tiedonvaihto ja hyvien käytäntöjen tunnetuksi tekeminen).

# I. Johdanto

Mielenterveyteen kohdistuvia toimenpiteitä tarvitaan Euroopassa, koska mielenterveydellä on suuri vaikutus kansakuntien hyvinvointiin ja niiden sosiaaliseen, inhimilliseen ja taloudelliseen pääomaan. Muutamat viimeaikojen eurooppalaiset kehityskulut, kuten esimerkiksi Amsterdamin sopimuksen ratifiointi, EU:n terveysneuvoston mielenterveyden edistämistä koskeva päätöslauselma ja uusi kansanterveysohjelma, ovat mahdollistaneet mielenterveyden edistämiseen liittyvän toiminnan voimistamisen. Tämän vuoksi Euroopan komissio antoi tehtäväksi määrittellä mielenterveyden edistämiseen tarvittavien kansanterveystoimien päälinjat. Määrittely on nyt tehty tässä raportissa.

Raportissa korostetaan kolmea kehityslinjaa ja käsitellään niiden soveltamista Euroopan unionissa. Ensimmäinen ja tärkein tehtävä on nostaa mielenterveys ammatillisesti, organisatorisesti ja jopa poliittisesti eristetystä asemastaan selvästi kansanterveyteen kuuluvaksi osaksi, koska mielenterveys on olennaisesti terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Tästä seuraa toinen periaate, joka edellyttää painotuksen muuttamista. Pääosin pelkästä yksilötason tarkastelusta tulisi siirtyä vahvistamaan väestöllistä mielenterveysnäkökulmaa. Tämä on välttämätöntä ymmärtääksemme paremmin, kuinka mielenterveys voidaan integroida kansanterveyspolitiikkaan, -strategioihin ja -ohjelmiin ja kuinka voimme toimia mielenterveyteen vaikuttavien eri yhteiskuntasektoreiden kautta. Kolmas ja ehkä innovatiivisin kysymys on, miten mielenterveys ymmärretään. Perinteisesti mielenterveys on yhdistetty psyykkisiin häiriöihin. Ehdotamme, että mielenterveyden seurannassa otetaan mielenterveysongelmien rinnalla huomioon positiivinen mielenterveys.

Raportin ensimmäisessä osassa esitellään mielenterveyteen vaikuttavien kansanterveystoimien pääpiirteet Euroopassa, sekä tarvittavat käytännön toimenpiteet eurooppalaisten mielenterveyden suojelemiseksi, edistämiseksi ja parantamiseksi. Raportti viittaa Amsterdamin sopimuksen 152. artiklan vaatimuksiin, joiden mukaan kaikissa yhteisön politiikoissa on saavutettava korkea terveydensuojelun taso.

Raportti käsittelee soveltuvien osin myös muita yhteiskunnan toiminta-alueita, jotka vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti mielenterveyteen ja jotka EU:n ja sen jäsenvaltioiden tulisi ottaa huomioon. Raportin pääpaino on terveyden edistämässä, eikä siinä käsitellä eräitä muita mielenterveyden kannalta keskeisiä kysymyksiä (kuten esimerkiksi alkoholi ja huumeet), joilla on paikkansa yhteisön muissa ohjelmissa.

## 2. Mielenterveyden käsitteet

Käsitettä 'mielenterveys' käytetään tässä yhteydessä laajana kattoterminä, johon kuuluvat sekä positiivinen mielenterveys että mielenterveysongelmat.<sup>1</sup>

Positiiviseen mielenterveyteen kuuluvat:

- positiivinen hyvinvoinnin kokemus;
- yksilölliset voimavarat, kuten itsetunto, optimismi, elämänhallinnan ja eheyden kokemus;
- kyky solmia, kehittää ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita;
- kyky kohdata vastoinkäymisiä (henkinen kestävyys).

Nämä ominaisuudet vahvistavat yksilön kykyä antaa panoksensa perheessä ja muissa sosiaalisissa verkostoissa sekä yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä.

Mielenterveysongelmia ovat seuraavat:

- psyykkinen stressi, joka saattaa liittyä elämäntilanteisiin, tapahtumiin ja ongelmiin;
- tavalliset mielenterveyden häiriöt (esim. masennus, ahdistuneisuushäiriöt);
- vakavat psyykkiset häiriöt, joihin liittyy aistiharhoja sekä vääristyneitä uskomuksia ja ajatusprosesseja (psykoosit);
- päihteiden väärinkäyttö (liiallinen alkoholin, huumeiden ja tupakan käyttö ja niihin kehittyvä riippuvuus);
- poikkeavat luonteenpiirteet, joista on haittaa yksilölle tai toisille; sekä
- etenevät elimelliset aivosairaudet (dementia).

Tautiluokituksissa mielenterveyden häiriöt on määritelty tiettyjen oireiden esiintyvyyden mukaan. Häiriön kriteerit täyttyvät, jos oireet ovat kohtalaisen vakavia, pitkäkestoisia ja niihin liittyy toimintakyvyn aleneminen tai toimintakyvyttömyys.

## 3. Miksi parantaa mielenterveyttä?

Mielenterveyttä edistäviä toimia tarvitaan, koska hyvä mielenterveys lisää yhteiskuntien sosiaalista, inhimillistä ja taloudellista pääomaa ja toisaalta koska mielenterveysongelmista aiheutuu huomattava taakka niin yksilöille kuin yhteiskunnallekin.

On olemassa tehokkaita keinoja, joilla mielenterveyttä voidaan kohentaa ja mielenterveysongelmia vähentää. Alan kansainvälinen yhteistyö avaa hyviä mahdollisuuksia toimia koko Euroopan yhteisössä.

<sup>1</sup> Eräät muut termit, kuten *henkinen pahoinvointi* ja *psyykkiset häiriöt*, viittaavat käytännössä samaan kuin *mielenterveysongelmat*, ja käsitteet ovat usein keskenään vaihdannaisia



### 3.1 Mielenterveydellä on huomattava yhteiskunnallinen arvo

- Mielenterveys on ensiarvoisen tärkeää yksilöiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta;
- Mielenterveys koskee kaikkia, ja sitä luodaan ja ylläpidetään arkipäivän tilanteissa kotona, koulussa, työpaikalla ja vapaa-ajan harrasteissa;
- Hyvä mielenterveys on tärkeä voimavara yksilöille, perheille, yhteisöille ja kansakunnille;
- Mielenterveys – kansanterveyden erottamattomana osana – vaikuttaa myönteisesti yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen;
- Psykkinen ja fyysinen terveys kytkeytyvät tiukasti toisiinsa.

### 3.2 Mielenterveysongelmat ovat raskas taakka

- Mielenterveysongelmat ovat yleisiä Euroopassa, Suomessa ja kaikkialla muuallakin. Ne aiheuttavat työkyvyttömyyttä, köyhyyttä, elämänlaadun huononemista, kuolleisuutta, tuotannon menetyksiä ja lisäävät julkisen terveydenhuollon menoja. Joka viidennen eurooppalaisen arvioidaan kärsivän jonkinasteisesta mielenterveyden häiriöstä.
- Kahdeksan kymmenestä tärkeimmästä maailman tautitaakan aiheuttajasta liittyy mielenterveyteen. Viisi prosenttia työkyvyttömyysvuosista aiheutuu masennuksesta.
- Itsemurhien määrä on karkeasti ottaen samaa luokkaa kuin tieliikennekuolemien. Itsemurha on nuorten miesten yleisin kuolinsyy.
- Mielenterveysongelmia potevien fyysinen sairastuvuus ja kuolleisuus on keskimääräistä korkeampi (tähän liittyvät erityisesti tartuntataudit, hengityselinsairaudet, sydän- ja verisuonitaudit, vammat).
- Vanhemmillä esiintyvät mielenterveysongelmat vaikuttavat selvästi lasten emotionaaliseen ja älylliseen kehitykseen.

### 3.3 Tehokkaita toimia on tarjolla

On olemassa kasvavaa näyttöä mielenterveyden edistämisen, ennaltaehkäisyn, hoidon, kuntoutuksen ja ennen aikaisen kuoleman ehkäisyn tehokkuudesta ja kannattavuudesta. Näiden keinojen laajempi käyttö vaatii kuitenkin:

- kattavaa selvitystä näyttöön perustuvista interventioista;
- tehokkaampaa yhteistyötä mielenterveyden alalla toimivien järjestöjen ja kansainvälisten verkostojen välillä;
- hyvien käytäntöjen saattamista kaikkien ulottuville.

### 3.4 Kansainvälisestä yhteistyöstä on hyötyä

Kuten fyysisen terveyden, myös mielenterveyden vaaliminen on yhteiskunnan velvollisuus, koska ei ole olemassa terveyttä ilman mielenterveyttä. Tätä painotettiin myös EU:n terveysneuvoston 18. marraskuuta 1999<sup>2</sup> hyväksymässä päätöslauselmassa mielenterveyden edistämisestä.

Kansainvälisen yhteistyön edut voidaan saavuttaa

- ottamalla huomioon mielenterveysnäkökohdat Euroopan yhteisön kansanterveys- ja muissa politiikoissa;
- edistämällä kaikin keinoin jäsenvaltioiden yhteistyötä rajallisten voimavarojen käytön tehostamiseksi;
- perustamalla tietojärjestelmä, johon kuuluu indikaattoreiden kehittäminen, seuranta ja palautejärjestelmä, ja joka tarjoaa jäsenvaltioille kattavaa ja vertailtavaa tietoa mielenterveydestä;
- levittämällä hyviä käytäntöjä niin että kunnioitetaan paikallisia oloja, kulttuurinormeja ja -eroja; sekä
- tehostamalla yhteistyötä EU:n jäsenvaltioiden kesken.

## 4. Strategian tärkeimmät lähtökohdat

Tärkeimpien mielenterveyden toimintastrategioiden tulisi kattaa seuraavat näkökohdat:

- ihmisten mielenterveyden kannalta suotuisten politiikkojen kehittäminen;
- järjestelmällinen mielenterveysvaikutusten arviointi osana yleistä terveysvaikutusten arviointia yhteiskunnallisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa;
- mielenterveyden edistäminen kaikissa mahdollisissa yhteyksissä;
- mielenterveysongelmien riskien vähentäminen;
- mielenterveysongelmaisten terveyden ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentaminen;
- sopivien palvelujen tarjoaminen varhaisen toteamisen, hoidon, hoidon ja kuntoutuksen järjestämiseksi;
- mielenterveysongelmaisten ennenaikaisen kuolleisuuden vähentäminen;
- leimautumisen vähentäminen: sekä
- kaikkien kansalaisten, erityisesti mielenterveysongelmaisten, ihmisoikeuksien ja ihmisarvon turvaaminen.

<sup>2</sup> Euroopan unionin virallinen lehti C 86, 24.3.2000, s. I.

## 5. Mielenterveystyö

Mielenterveystyö sisältää mielenterveyden edistämisen, ongelmien ehkäisyä ja hoidon sekä kuolleisuuden ehkäisyä niin yksilö-, ryhmä-, yhteisö- kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Tässä yhteydessä tärkeimmiksi katsotut toimet on lueteltu kuviossa 1.

MIELENTERVEYS-TOIMET	Yhteiskunnallinen taso	Paikalliset yhteisöt	Yksilöt
<b>Mielenterveyden edistäminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mielenterveyden arvon ja näkyvyyden parantaminen</li> <li>Ihmisoikeuslain-säädäntö</li> <li>Leimautumisen estäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proaktiivinen yhteistöiminta</li> <li>Mielenterveyden arvostus kouluissa (yleistavoitteet, lukusuunnitelma, koulutyö)</li> <li>Mielenterveyden arvostus työpaikoilla</li> <li>Vapaa-ajan paikat lapsille ja perheille</li> <li>Turvallinen ja viihtyisä elinympäristö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pääsy koulutukseen ja työhön</li> <li>Osanotto vapaa-ajan harrasteisiin, rentoutumiseen ja kuntoiluun</li> <li>Hyvää mielenterveyttä koskevan ymmärryksen lisääminen</li> <li>Terveyskasvatus ja -tiedotus</li> </ul>
<b>Primaaripreventio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy työllisyys-, koulutus- ja asuntopolitiikassa</li> <li>Uusien hankkeitten mielenterveysvaikutusten säännöllinen arviointi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanhemmuuden opettaminen</li> <li>Sosiaalinen tuki riskiryhmille, kuten vanhukset, yksinhuoltajat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proaktiivinen ja reaktiivinen tuki uhkaavia elämäntilanteita tai kroonista sairautta kokeneille</li> </ul>
<b>Sekundaaripreventio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varhaisen toteamisen ja hoidon suuntaviivat ja odotukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat varhais-toteamisen ja -hoidon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sairauksien varhainen toteaminen ja hoito</li> <li>Uusiutumisen esto</li> </ul>
<b>Hoitava/kuntouttava ote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integroitujen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteistyö terveys- ja sosiaalipalveluiden, työvoimatoimistojen, koulujen, vankiloiden jne. välillä mielenterveysongelmaisten hyväksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psyykkiset, sosiaaliset ja lääketieteelliset hoidot</li> </ul>
<b>Kuolleisuuden ehkäisy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat</li> <li>Kansalliset ohjelmat, jotka varmistavat mielenterveysongelmaisten tarvitsemat fyysisen terveyden edistämisen- ja hoito-palvelut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paikallisesti räätälöity itsemurhien ehkäisyohjelmien toimeenpano</li> <li>Mielenterveys-ongelmaisten pääsy terveyden edistämisen ja hoidon piiriin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pääsy välittömästi kriisiapuun</li> <li>Itsemurhaa yrittäneiden aktiivinen seuranta</li> </ul>

Kuvio 1. Mielenterveystoimien matriisi esimerkkeineen.

*Mielenterveyden edistäminen* määritetään poikkitieteelliseksi ja sosiokulttuuriseksi pyrkimykseksi aikaansaada yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen hyvinvointia edistäviä olosuhteita. Kyse on elinikäisestä prosessista, joka alkaa syntymästä ja jatkuu varhaislapsuuden, lapsuuden ja nuoruuden kautta aikuisuuteen ja vanhuuteen. Siihen liittyy sellaisten yksilöllisten, sosiaalisten, yhteiskunnallisten ja ympäristöolosuhteiden luominen, jotka mahdollistavat suotuisan henkisen ja fyysisen kasvun ja mielenterveysongelmien vähentämisen.

*Primaaripreventio* kohdistuu mielenterveyden häiriöiden *ilmaantuvuuden* (uusiin tapausten ilmaantumisen) vähentämiseen yhteisössä vähentämällä riskitekijöitä ja vahvistamalla suojaavia tekijöitä tai parantamalla sellaisten yksilöiden selviytymiskykyä, jotka eivät vielä pöde mielenterveysongelmia, mutta joilla uskotaan olevan jonkin häiriön riski.

*Sekundaaripreventiossa* vähennetään häiriön *yleisyyttä* lyhentämällä sen kestoaa. Toisen vaiheen ehkäisyohjelmat on suunnattu henkilöille, joilla on häiriön ensioireita, ja niiden tavoitteena on lyhentää häiriön kestoaa varhaisen toteamisen ja nopean hoidon avulla.

Kaikkiin kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien tuottamiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin on tärkeää sisällyttää hoitavia ja kuntouttavia työmuotoja.

## 6. Mielenterveyttä koskevien kansanterveys-toimien osa-alueet

Jokaisen maan olisi luotava mielenterveyspolitiikka, joka on tehokkaasti integroitu maan yleisiin terveydenhuollon toimintalinjoihin kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Jokaisella maalla on omat erityistarpeensa, voimavararajoitteensa ja haasteensa, mutta on olemassa kaikille maille yhteisiä alueita, joiden on sisällyttävä kansallisiin linjauksiin jotta olemassa olevia resursseja voidaan parhaalla mahdollisella tavalla käyttää mielenterveyden edistämiseksi. Eri maiden tavat järjestää mielenterveyspalvelut ovat erilaisia, koska lähtötilanne, haasteet ja voimavarat vaihtelevat. On kuitenkin tiettyjä yhteisiä kysymyksiä, joihin kansallisilla linjauksilla voidaan puuttua, jotta mielenterveyden edistäminen tulee mahdollisimman tehokkaaksi.

Nämä alueet voidaan ryhmitellä seuraavasti:

- mielenterveys yhteiskunnan eri toiminta-alueilla
- sosiaali- ja terveyspalvelut
- tukirakenteet
- ohjausmekanismit

Mielenterveyspolitiikan rinnalle tarvitaan strateginen toimeenpano-ohjelma määrällisine prosessi- ja tulostavoitteineen. Toimenpiteet on aikataulutettava. Lisäksi tarvitaan huomattavaa poliittista tahtoa ja tukea.

## 6.1 Mielenterveys yhteiskunnan eri toiminta-alueilla

Väestön mielenterveys ei riipu vain sosiaali- ja terveystaloudesta. Siksi on syytä varmistaa, että kaikki hallinnonalat ovat perillä mielenterveyden merkityksestä väestölle ja siitä, mikä vaikutus niiden omilla toimilla saattaa olla mielenterveyteen. On myös tärkeää huolehtia sektorienvälisen yhteistyön sujumisesta.

Seuraavassa kuvataan esimerkkeinä työllisyys-, koulutus-, asunto-, ympäristö- ja tasa-arvopolitiikan mahdollista yhteyttä mielenterveyteen.<sup>3</sup>

- *Työllisyys:* Työllä, työttömyydellä ja työelämän erikoisolosuhteilla on osoitettu olevan merkittävä vaikutus mielenterveyteen ja mielenterveyspalvelujen käyttöön. Sairastuvuus on yleisempää työttömillä kuin työssäkäyvillä. Työpaikat ovat keskeinen ympäristö niin psyykkisen kuin fyysisenkin terveyden edistämiseksi, ja työnantajat ja työntekijät tulisi yhdessä rohkaista liittämään mielenterveys osaksi työterveyttä.
- *Koulutus:* Puutteellinen koulutus vaikuttaa mielenterveysongelmiin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Tämä saattaa johtaa vaikeuksiin saada työtä ja ongelmiin toimia täysipainoisesti muissakin sosiaalisissa rooleissa. Vähän koulutetut ovat yliedustettuina mielenterveysongelmaisten ryhmässä. Siksi koulut ovat tärkeitä mielenterveyden edistäjiä ja mielenterveysopetuksen tulisi sisältyä koulun terveystiedon ja kansalaistaidon opetusohjelmiin. Koulujen on myös sitouduttava edistämään ja vaalimaan oppilaiden, opettajien ja muun henkilökunnan psyykkistä ja fyysistä terveyttä.
- *Asuminen:* Heikon asumistason ja asunnottomuuden on osoitettu kytkeytyvän mielenterveyden ongelmiin, kun taas parannukset asumisessa edistävät mielenterveyttä.
- *Ympäristö:* Sekä fyysisellä että sosiaalisella ympäristöllä voi olla huomattava vaikutus mielenterveyteen. Tämän päivän haasteisiin kuuluu taata fyysisesti ja psyykkisesti hyvää ja terveellistä ympäristöä sekä maaseudulla että kaupungeissa.

<sup>3</sup> Tässä mainittujen sektorien lisäksi mielenterveyskysymyksiä tulisi pohtia *kaikilla* yhteiskunnan toiminta-alueilla, kuten esimerkiksi kauppa ja teollisuus, kulttuuri, sisäasiainministeriön toimiala ja poliisi, vankilat ja rikosoikeusjärjestelmä, puolustusvoimat, liikenne ja viestintä.

- *Tasa-arvo:* Tasa-arvon toteutuminen ja syrjinnän poistaminen vaikuttavat myönteisesti mielenterveyteen. EU:ssa pyritään kaikenlaisen syrjinnän kieltämiseen sukupuolen, rodun, ihonvärin, etnisen tai sosiaalisen alkuperän, perinnöllisten ominaisuuksien, kielen, uskonnon tai vakaumuksen, poliittisen tai muun mielipiteen, kansalliseen vähemmistöön kuulumisen, omaisuuden, syntyperän, vamman, iän tai seksuaalisen suuntautumisen takia. Minkä tahansa edellä luetellun seikan vuoksi koettu syrjintä voi aiheuttaa tai pahentaa mielenterveysongelmia ja syrjäytymistä.

Riittävä koordinointi yhteiskunnan sektorien välillä on tärkeää parannettaessa eri toimien mielenterveysvaikutusta. Sektorienvälistä yhteistyötä tulee sen takia vahvistaa. Mielenterveysvaikutusten arviointi tulisi omaksua vakiintuneeksi menettelyksi yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

## 6.2 Sosiaali- ja terveyspalvelut

Euroopan unionin jäsenvaltioiden on järjestettävä asukkaidensa terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin. Tämä pätee kaikkiin terveyspalveluihin perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon palveluihin.

- *Perusterveydenhuolto:* Millään maalla ei ole varaa tarjota läheskään riittävästi erikoistunutta henkilökuntaa hoitamaan kaikkia mielenterveysongelmista kärsiviä. Useimmat heistä täytyykin hoitaa perusterveydenhuollossa. Kun perusterveydenhuollon mielenterveyspolitiikkaa kehitetään, on tärkeää tarkastella perusterveydenhuoltoa kokonaisuutena, henkilöstömäärää, eri ammattiryhmien perus- ja jatkokoulutuskäytäntöjä sekä terveydenhuollon tiedonkeruujärjestelmää. Soveltuvien osin on vahvistettava perusterveydenhuollon henkilöstön koulutusta lisäämällä sen tietämystä mielenterveyden edistämisestä ja ongelmien ehkäisystä, arvioinnista, diagnostiikasta, mielenterveysongelmien hallinnasta ja potilaiden/asiakkaiden jatkohoitoon ohjaamisen kriteereistä.
- *Erikoispalveluiden suunnittelu ja resurssointi:* Useimmissa maissa on pyritty pääsemään eroon laitospainotteisuudesta sekä vanhoista ja eristäytyneistä hoitomuodoista. Siksi huomiota on kiinnitettävä riittäviin ja korkeatasoisiin mielenterveyden lähipalveluihin. Parhaan lopputuloksen varmistamiseksi vakavista mielenterveysongelmista kärsiviä tulisi hoitaa niin vähän rajoittavassa ympäristössä kuin mahdollista huomioonottaen yksilön ja yhteisön terveys ja turvallisuus sekä ihmisoikeudet. Hoidon rakenteen ja muodon tulee määräytyä paikallistason tarpeiden, kulttuurin ja voimavarojen mukaan. On keskeistä korostaa kuntoutumista takaisin arkielämään. Jos potilaita hoidetaan kodin ulkopuolella, on tärkeää luoda järjestelmä hoidon peruslaatutason takaamiseksi.

- *Sosiaalipalvelut:* Sosiaalipalvelujen rooli mielenterveysongelmien kohtaamisessa on keskeinen paikallistason palvelujärjestelmässä, esimerkiksi tukiasumisen, kuljetuspalvelujen ja tukihenkilöiden tarjoajana. Sosiaaliset ongelmat liittyvät usein mielenterveysongelmiin. Köyhyys, päihdeongelmat, vanhemmuuden laiminlyönti ja väkivalta vaarantavat lasten kasvun ja terveyden, myös mielenterveyden. Pitkäaikaistyöttömillä, asunnottomilla ja päihdeongelmaisilla vanhemmilla on usein hoitamattomia fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. Sosiaalityöntekijät kohtaavat suuren joukon näitä syrjäytyneitä, jotka ovat myös usein pudonneet tavanomaisten terveyspalveluiden ulottumattomiin.

Sosiaalipalvelun henkilöstön tulisi olla koulutettu tunnistamaan ja auttamaan mielenterveysongelmaisia. Heidän tulisi myös pystyä arvioimaan, milloin tarvitaan erikoispalveluja tai ohjausta psykiatriseen hoitoon. Henkilöstön tulee saada työnohjausta, neuvontaa ja vertaistukea hyvien palveluiden takaamiseksi myös mielenterveysongelmissa.

- *Yhteistyö ja yhteydenpito palveluiden kesken:* Terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden välisen yhteistyön riittävyttä ja tehokkuutta tulisi pohtia. Myös sektorirajat ylittävä yhteistyö koulujen, työvoimatoimistojen, poliisin, vankiloiden sekä vaihtoehdolläketieteen harjoittajien ja uskonnollisten instituutioiden kanssa ovat esimerkkejä mielenterveyden kannalta erittäin hyödyllisistä yhteyksistä ja verkottumisesta.

### 6.3 Tukirakenteet

- *Mielenterveyden seuranta:* Mielenterveyden seurantajärjestelmän on perustuttava yhteisesti sovittuihin määritelmiin ja tiedonkeruumenetelmiin sekä integroiduttava yleiseen terveyden seurantajärjestelmään. Seurantajärjestelmän on katettava psykiatrinen sairastavuus, positiivinen mielenterveys ja terveyspalveluja koskeva tieto. Muitakin muuttujia, kuten sosiaalisia tekijöitä, tulisi olla käytettävissä, ja lisäksi seurantatietoja olisi analysoitava ja niistä olisi tiedotettava keskeisille mielenterveytyössä toimiville tahoille.
- *Tutkimus ja kehittäminen:* Mielenterveyspolitiikkaan kuuluu olennaisena osana kestävä mielenterveyttä koskeva tutkimus- ja kehittämisstrategia ja niitä koskeva toimeenpano-ohjelma. Arviointitutkimus, epidemiologia ja mielenterveystalous ovat avainasemassa.
- *Henkilöstöresurssit:* Mielenterveyspolitiikan toteuttamiseksi tulee luoda myös henkilöstöstrategia, johon sisältyy mielenterveyden edistäminen, primaari ja sekundaari preventio, hoito ja kuolleisuuden ehkäisy. Tarvitaan kestävä suunnitelma henkilöstön rekrytoinnin sekä perus- ja jatkokoulutuksen järjestämiseksi terveydenhuollossa

(perus- ja erityistason hoito) ja sosiaalihuollossa sekä kouluissa, työpaikoilla ja muissa yhteyksissä.

- *Kansalaisjärjestöjen, palvelunkäyttäjien ja omaisten osallistuminen:* Mielenterveysongelmaiset, heidän perheensä ja omaisensa sekä koko yhteisö, jossa he vaikuttavat muodostavat mielenterveyspalveluiden asiakaskunnan. Heidän osallistumisensa voi huomattavasti parantaa palvelujen suunnittelua ja tarjontaa, sillä he havaitsevat puutteet ja ongelmat sekä tietävät, millaiset palvelut toimivat. Kansallinen tuki mielenterveysjärjestöille on kustannustehokas tapa edistää asiaa.

## 6.4 Ohjausmekanismit

Ohjausmekanismeilla tarkoitetaan tässä valtiovallan käyttämiä yleisiä ohjausmenetelmiä. Kansalliset toimenpiteet ovat erityisen tärkeitä ja vaikuttavia seuraavilla alueilla:

- *Lainsäädäntö:* Kullakin jäsenmaalla tulisi olla mielenterveyttä koskeva lainsäädäntö. Siihen kuuluvia kysymyksiä ovat esimerkiksi syrjinnän estäminen, vammaisuus ja sosiaaliset etuudet. Myös yksilön oikeuksien suojaaminen ja säännökset, jotka koskevat tahdonvastaisen hoidon edellytyksiä, täytyy ottaa huomioon. Pakkohoidon laillisuusnäkökohtien tulee noudattaa kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia.
- *Rahoitus:* Mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyspalveluihin on varmistettava riittävä rahoitus terveydenhuollon resurssipulasta huolimatta.
- *Tiedon ja hyvien käytäntöjen levittäminen:* Tieto-ohjaus on yksi jäsenvaltioiden hallitusten käytettävissä oleva ohjauskeino. Kansanterveyden toimintastrategian tulisi sisältää suunnitelma kattavan tiedon ja näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen levittämiseksi yhteiskunnan eri toiminta-alueille.

Euroopan unioni tarjoaa lisäksi joitain täydentäviä toimenpiteitä, joilla se tukee jäsenmaiden toimia väestön terveyden parantamiseksi.



## 7. Lopuksi

Mielenterveys on erottamaton osa kansanterveyttä. Siksi on välttämätöntä, että mielenterveys ja mielenterveyden edistäminen sisällytetään kaikkiin kansanterveysstrategioihin. Mielenterveyden arvo tulee tunnustaa koko Euroopan unionin alueella, kaikilla yhteiskunnan tasoilla ja toiminta-alueilla. Vain siten voimme varmistaa elävämme maailmassa, joka välittää kaikista asukkaistaan ja ymmärtää mielenterveyden edistämisen olevan julkiseen ja yksityiseen elämään liittyvä itseisarvo. Tällainen ympäristö kykenee tarjoamaan mielenterveysongelmista kärsiville heidän tarvitsemansa avun ja hoidon, jotta he voivat elää ihmisarvoista elämää, joka on taattu kaikille ihmis- ja perusoikeuksissa.

*EI OLE OLEMASSA TERVEYTTÄ  
ILMAN MIELENTERVEYTTÄ!*

## OSA 2

# Mielenterveydellä on väliä: keskeiset taustatiedot

## Yhteenveto

### MIELENTERVEYDEN KOKONAISUUS

Raportin toinen osa valottaa mielenterveysongelmista yksilöille ja yhteiskunnille aiheutuva taakkaa, tarkastelee mielenterveyden ja sen edistämisen käsitteitä yksityiskohtaisesti sekä esittelee mielenterveyden edistämisen, mielenterveysongelmien ehkäisemisen, niiden hoidon ja kuntoutuksen hyviä käytäntöjä sekä itsemurhien ehkäisyä.

Mielenterveysongelmien aiheuttamien kustannusten arvioidaan nousevan jopa kolmeen - neljään prosenttiin bruttokansantuotteesta, eikä tilanteeseen ole odotettavissa muutosta lähitulevaisuudessa. Taloudellisten menetysten lisäksi mielenterveysongelmat aiheuttavat suurta inhimillistä kärsimystä sekä kohonnutta kuolleisuutta.

Euroopassa joihinkin näistä ongelmista on puututtu keskitetysti ns. Euroopan mielenterveysagendassa, prosessissa joka korostaa ja tekee tunnetuksi mielenterveyttä ja sen edistämistä Euroopassa. Muutos ei tietenkään tapahdu hetkessä, mutta muutamia kohtalaisen merkittäviä virstanpylväitä on jo saavutettu. Niitä käsitellään myös lyhyesti tässä raportissa.

### Mitä mielenterveys on?

Mielenterveydestä puhuttaessa on oltava selvillä kulloinkin käytetyistä käsitteistä ja määritelmistä. Siksi mielenterveyteen kuuluvien avainkäsitteiden kuvaus on tärkeä osa tätä raporttia. Keskeistä on myös tehdä selvä ero positiivisen ja negatiivisen mielenterveyden välillä ja samalla korostaa psyykkisen ja fyysisen terveyden välistä yhteyttä. Mielenterveyden edistäminen puolestaan on tässä raportissa kattokäsite, johon kuuluu monia strategisia lähestymistapoja ja paradigmoja. Hyvien mielenterveysindikaattoreiden löytäminen on tärkeää kattavan mielenterveyden seurantajärjestelmän kehittämiseksi.

## Mielenterveystyö

Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä käsitellään kuvailemalla ensin perinteistä kansanterveystyön preventiomallia, kuvaamalla uudempia primaariprevention käsitteitä ja lopuksi tarkastelemalla strategioita, jotka perustuvat elämäntilanteita ja sosiaalista tukea koskeviin teorioihin. Näissä on olennaista selviytymiskyvyn, ympäristön ja luontevien tukijärjestelmien kehittäminen.

Itsemurhat ovat kasvava kansanterveysongelma koko maailmassa; pelkästään Euroopan unionissa yli 40 000 ihmistä vuodessa tekee itsemurhan, ja lisäksi tehdään vähintään kymmenkertainen määrä itsemurhayrityksiä. Nykynäkemyksen mukaan itsemurha on prosessi, joka alkaa riskeistä ja suojaavista tekijöistä edeten akuuttien laukaisevien tekijöiden kautta itsemurha-ajatuksiin, -suunnitelmiin ja -yrityksiin. Itsemurhien ehkäisystrategioissa tulisi erityisesti korostaa ongelman määrittelyä, syiden tunnistamista sekä puuttumiskeinojen kehittämistä ja toimeenpanoa.

Raportissa käsitellään myös mielenterveysongelmien hoitojärjestelmän osa-alueita, joiden tehtävänä on kohentaa mielenterveyttä ja estää sen heikentymistä ja taantumista, jolloin yleistavoitteena on yksilön elämän laadun parantaminen. Koska erityispalveluista on pulaa, lähiyhteisötason mielenterveystyön merkitys on kasvanut.

Kuntoutusta pidetään usein mielenterveyspalveluiden osana. Tässä raportissa asiaa katsotaan kokonaisvaltaisemmin, ja kuntoutus – myös lievemmissä tapauksissa – nähdään työkaluna, jolla parannetaan suoriutumista, työkykyä ja elämänlaatua. Raportissa käsitellään myös mielenterveyden seurantajärjestelmien kehittämistä osana mielenterveystyötä.

## Hyvät käytännöt

Hyvät käytännöt kiinnostavat kasvavassa määrin niin terveyden edistämisessä yleensä kuin mielenterveyden edistämisessäkin. Siksi raportti esittelee käytännön esimerkkejä mielenterveyden edistämisestä, hoidosta ja kuntoutuksista sekä mielenterveysongelmien ja itsemurhien ehkäisystä. Tässä luvussa määritellään myös hyvien käytäntöjen laatuksiteerit ja -indikaattorit, käsitellään näyttöön perustuvia tuloksia ja niitä ennustavia tekijöitä sekä esitellään hyvien käytäntöjen tehokkaan levityksen ja toimeenpanon kriteerit.

# I. Johdanto

## I.1 Mielenterveysongelmien raskas taakka

Arviolta jopa 20 prosenttia EU:n aikuisväestöstä potee tietyllä ajanhetkellä jonkinlaisia mielenterveysongelmaa, ja nuoruusiässä ongelmien esiintyvyyden on arvioitu olevan samaa tasoa. Tämän lisäksi 1–2 prosenttia koko väestöstä kärsii vaikeammista mielenterveyshäiriöistä, kuten esimerkiksi skitsofreniasta ja muista psykooseista. Näiden lukujen valossa on selvää, että mielenterveyden ongelmiin törmätään tavalla tai toisella yhä useammin.

Mielenterveysongelmien yleisyys ja usein krooninen kulku sekä niiden puhkeaminen yleensä nuoruuden tai varhaisen aikuisuuden aikana aiheuttavat yhteiskunnalle raskaan taloudellisen taakan. Mielenterveysongelmien kokonaiskustannusten on laskettu olevan jopa 3–4 prosenttia bruttokansantuotteesta. Tuotannonmenetysten aiheuttamat epäsuorat tappiot saattavat olla jopa suoria palvelukustannuksia korkeammat. Mielenterveysongelmat ovat tänä päivänä yleisin peruste työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle.

Aineellisten menetysten lisäksi psyykkiset ongelmat aiheuttavat suurta inhimillistä kärsimystä, jota ei voida mitata rahassa. Ahdistus, masennus ja niistä seuraava syyllisyys ja häpeä voivat olla yhtä lamaannuttavia kuin vakava fyysinen kipu.

Mielenterveysongelmat liittyvät kiistatta kohonneisiin kuolleisuuslukuihin. Mielenterveysongelmaisten potilaiden kuoleman riski on moninkertainen verrattuna muuhun väestöön: mielenterveyden ongelmista kärsivien yleisimmät kuolinsyyt ovat itsemurhat ja muut väkivaltaiset kuolemat. EU:ssa tehdään vuosittain yli 40 000 itsemurhaa, ja itsemurhayrityksiä tehdään arviolta kymmenen kertaa niin paljon. Nämä luvut ylittävät selvästi onnettomuuksista aiheutuvien kuolemantapausten määrän. Itsemurhien ohella kuolleisuuden lisääntyminen johtuu moniongelmaisuudesta: huono mielenterveys voi rapauttaa fyysistä terveyttä ja päin vastoin.

Mielenterveysongelmat leimaavat niistä kärsiviä ja johtavat syrjintään. Mielenterveysongelmaiset ovat monella tapaa kaikkein syrjäytynein ryhmä eurooppalaisissa yhteiskunnissa. Mielenterveyden ongelmiin liittyy usein köyhyys, asunnottomuus, rikollisuus, alkoholismi ja huumeidenkäyttö, jotka entisestään huonontavat elämänlaatua.

## I.2 Euroopan mielenterveysagenda

Euroopan mielenterveysagenda on pitkä prosessi, joka tähtää mielenterveyden painoarvon ja näkyvyyden lisäämiseen Euroopassa. Tämän prosessin tärkeimmät virstanpylväät esitellään lyhyesti seuraavassa.

Vuonna 1995 perustettiin Euroopan mielenterveyspolitiikkaverkosto (ENMHPO) eräiden aktiivisten jäsenvaltioiden aloitteesta. Verkosto on osoittautunut vaikuttavaksi ja tehokkaaksi mielipiteidenvaihdon foorumiksi, jonka toiminnalla on pyritty yh-

teistyön vahvistamiseen mielenterveyden edistämisen saralla. Verkoston päätavoitteet ovat:

- vahvistaa eurooppalaista mielenterveyspolitiikkaa;
- vaihtaa kokemuksia jäsenvaltioiden välillä;
- toimia mielenterveyden edistämiseksi ja psyykkisten ongelmien ehkäisemiseksi;
- suunnitella erityisohjelmia eri kohderyhmille; sekä
- voimistaa yhteisiä tutkimus- ja kehitystoimia.

Verkoston ensimmäinen suuri hanke oli mielenterveyden edistämisen avainkäsitteiden määrittely, (*Development and Operationalisation of Key Concepts for European Mental Health Promotion*), jota rahoitti Euroopan komissio ja koordinoi Stakes. Projekti toteutettiin vuonna 1997, ja sen tarkoituksena oli kehittää ja arvioida parhaita vaihtoehtoja mielenterveyden edistämisen avainkäsitteiksi Euroopassa. Tämän projektin osana arvioitiin alustavasti kunkin jäsenvaltion mielenterveyspolitiikka. Arviointi osoitti suuria eroja kansallisissa mielenterveyden toimintalinjoissa EU:n sisällä. Projektin loppuraportti (*Framework for Promoting Mental Health in Europe*) julkaistiin vuonna 1999.

Suomi ehdotti kesäkuussa 1997 EU:n terveysneuvostossa, että mielenterveyteen liittyvien kansanterveystoimien tarvetta tulisi käsitellä Euroopan unionissa. Ehdotus korosti laajan eurooppalaisen agendan mahdollisuuksia parantaa mielenterveysasioiden näkyvyyttä ja kiinnittää huomiota mielenterveyden edistämiseen. Euroopan komissio, Euroopan parlamentti ja jäsenvaltiot tukivat ehdotusta. Keskustelua helpottivat *Euroopan mielenterveyspolitiikkaverkoston* ja *Euroopan mielenterveyden edistämisen verkoston* toimet. Yhteistyö kansallisten ja kansainvälisten järjestöjen, erityisesti Maailman terveysjärjestön WHO:n kanssa auttoi ratkaisevasti idean eteenpäin viemistä.

Seuraavana vuonna Euroopan mielenterveysagendan prosessia jatkettiin järjestämällä valmisteleva kokous Helsingissä (15–16. tammikuuta 1998). Kokouksen teemanä oli Mielenterveyden edistäminen Euroopan asialistalle. Euroopan mielenterveyspolitiikka verkostolla oli merkittävä rooli tässä kokouksessa, joka pyrki:

- edistämään vuoropuhelua jäsenvaltioiden välillä Euroopan mielenterveysagendaan liittyvissä aiheissa;
- etsimään ja kehittämään uusia näkökulmia ja ideoita; sekä
- tekemään ehdotuksia painoalueiksi eurooppalaisessa mielenterveyden edistämisessä.

Tässä kokouksessa määriteltiin mielenterveyden edistämisen painoalueet, joiden katsottiin vaativan ripeitä toimia Euroopan unionissa. Nämä alueet olivat:

- mielenterveyden arvostuksen ja näkyvyyden lisääminen;
- lasten ja nuorten mielenterveyden edistäminen;
- mielenterveyden edistäminen työelämässä ja työttömien parissa;
- vanhusten mielenterveyden edistäminen;
- vaikeasti syrjäytyneiden sosiaalinen integraatio;
- mielenterveysindikaattoreiden kehittäminen; sekä
- mielenterveyden edistämisen telemaattiset palvelut.

Maaailman terveysjärjestön ja Euroopan komission yhteiskokous (*Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care*) pidettiin Brysselissä 22.–24. huhtikuuta 1999. Tässä kokouksessa pyrittiin saavuttamaan yhteinen näkemys mielenterveyden hoidon ja mielenterveyden edistämisen tasapainosta Euroopassa ja siitä, millaista mielenterveyspolitiikkaa tulisi kehittää väestön ja mielenterveystyötä tekevän henkilöstön näkökulmista.

Mielenterveysagendan merkittäviin rajapyykkeihin kuului myös Tampereella 10.–13. lokakuuta 1999 pidetty *Mielenterveyden edistämisen konferenssi*, joka oli osa Suomen virallista EU:n puheenjohtajuuskauden ohjelmaa. Konferenssi saattoi yhteen EU:n jäsen- ja hakijavaltioiden, ETA-maiden, Euroopan komission, Euroopan parlamentin ja Maaailman terveysjärjestön edustajat keskustelemaan muiden eurooppalaisten päätöksentekijöiden, asiantuntijoiden ja kansalaisjärjestöjen edustajien kanssa mielenterveyden edistämisen ja sosiaalisen osallistumisen teemoista. Konferenssissa käsiteltiin monia keskeisiä kysymyksiä, ja se oli merkittävä askel mielenterveyden nostamisessa eurooppalaiselle asialistalle.

Konferenssilla oli kaksi päämäärää:

- parantaa mielenterveyden arvostusta ja näkyvyyttä Euroopassa; sekä
- etsiä synergiaetuja ja päättää tulevista eurooppalaisista toimista ja yhteistyöstä.

Näihin päämääriin pyrittiin

- esittelemällä Euroopassa tehtyä valmistelemaa työtä ja keskustelemalla siitä;
- analysoimalla ja parantamalla tehtyjen esitysten ja aloitteiden lisäarvoa Euroopan mielenterveystyölle;
- edistämällä uusia toimintoja, määrittelemällä uusia prioriteetteja ja lujittamalla yhteistyötä; sekä
- korostamalla mielenterveyden asemaa yhteisön kansanterveystyössä.

Konferenssin työryhmissä käsiteltiin eurooppalaisen mielenterveyspolitiikan kehittämistä, siihen liittyviä julkisia toimintalinjoja ja yhteiskunnallisia toimintoja. Työryhmät tuottivat konkreettisia ehdotuksia konferenssin kunkin painoalueen osalta.

Konferenssin jälkeen EU:n terveysneuvosto antoi 18. marraskuuta 1999 julkilausuman mielenterveyden edistämisestä.<sup>4</sup> Julkilausuma kehottaa Euroopan unionin jäsenvaltioita ja Euroopan komissiota ryhtymään erityistoimiin tässä asiassa.

Myös monet muut mielenterveyteen keskittyneet hankkeet ovat saaneet taloudellista tukea Euroopan komissiolta. Näistä voidaan mainita esimerkiksi *Alle kuusivuotiaiden lasten mielenterveyden edistäminen*, *Eurooppalaisten mielenterveysindikaattoreiden kehittäminen*, sekä *Työttömyys ja mielenterveys*. Nämä projektit ovat tehneet tiivistä yhteistyötä muiden komission toimintaohjelman rahoittamien projektien sekä eurooppalaisten verkostojen ja järjestöjen kanssa.

4 VL C 86, 24.3.2000 s.1.

Samaan prosessiin kuuluu myös tämä *Mielenterveys EU:n asialistalle* -hankkeen raportti, jossa kuvaillaan niitä mielenterveyttä koskevia kansanterveystoimia, jotka tulisi ottaa huomioon mielenterveyden edistämiseksi.

Euroopan mielenterveysagendan prosessi jatkunee tulevaisuudessa osin Tampereen konferenssin viitoittamalla polulla, mutta se seurannee myös tiiviisti kansainvälisiltä järjestöiltä, kuten WHO:lta tulevia aloitteita. EU:n uudessa kansanterveyden toimintaohjelmassa monet toimenpiteet ovat erityisen keskeisiä mielenterveyden ja sen edistämisen kannalta. Samalla on säilytettävä joustava mahdollisuus reagoida nopeasti äkillisiin ja odottamattomiin haasteisiin, joista osa esitellään seuraavassa luvussa.

### 1.3 Tulevaisuuden toimintatarpeet

Kun otetaan huomioon mielenterveysongelmien yksilöille, heidän läheisilleen ja yhteiskunnille aiheuttama taakka kaikkine kielteisine seurauksineen, tehokkaat toimet asiain-tilan korjaamiseksi ovat todellakin tarpeen. Tällaiset toimet ovat sitäkin tärkeämpiä kun otetaan huomioon, että *mielenterveyden edistämiseksi ja mielenterveysongelmien ehkäisemiseksi on olemassa tehokkaita keinoja* (ks. luku 2). Samalla on myös selvää, että *kaikki* voivat – ja kaikkien pitää – suojella ja edistää mielenterveyttä. Mielenterveyden edistämisen merkitys ja mahdollisuudet kaikilla yhteiskuntasektoreilla tulee juurruttaa tämän päivän ajatteluun, ja se tulee tehdä tunnetuksi yksilötasolla, yhteisötasolla, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Tämän tulee tapahtua kaikissa mahdollisissa tilanteissa, jos aiomme parantaa kansalaisten elämänlaatua ja helpottaa terveystalvuihin kohdistuvia paineita. Ennen kuin nämä kunnianhimoiset tavoitteet voidaan saavuttaa, tarvitaan kuitenkin yhteinen kieli tiedonvaihdon mahdollistamiseksi.

Yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnan tasolla on tärkeää lisätä tietoisuutta saatavilla olevista mielenterveyden edistämisen keinoista, kutsua ja rohkaista ihmisiä mukaan olemassa oleviin toimintoihin ja löytää ja levittää uusia, innovatiivisia keinoja, jotka ehkä kumpuavat paikallisista toimista. Tässä yhteydessä hyvän mielenterveyden edut tulisi tuoda selvästi esiin, ja samalla myös vapauttaa mielenterveysongelmat leimautumisen painolastista.

Euroopan tasolla Amsterdamin sopimuksen 152. artikla vahvistaa Euroopan yhteisön kansanterveystehtävää. Artiklan mukaan *kaikissa yhteisön politiikan ja toimien määrittelyissä ja toimeenpanossa taataan korkea terveydensuojelun taso*. Kuten monet aikaisemmat toimet mielenterveyden edistämiseksi ovat selvästi osoittaneet, mielenterveyttä ei voi erottaa kansanterveydestä. Siksi mielenterveyden edistäminen tulee säilyttää näkyvällä paikalla Euroopan terveysohjelmassa, kuten se jo sisältyykin yhteisön uuteen kansanterveysohjelmaan (2003–2008).<sup>5</sup>

5 KOM (2000) 285 lopullinen 16.5.2000.

## 2. Keskeisten käsitteiden määritelmät ja kuvaukset

### 2.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Mielenterveys muodostaa ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustan. Se vaikuttaa myös koko yhteiskunnan toimintaan ja tuottavuuteen. Mielenterveysongelmat ja -häiriöt puolestaan ovat huomattava taakka (ks. kohta 1.1) yhteiskunnille, perheille ja yksilöille.

**Mielenterveys** erottamattomana terveyden osana heijastelee yksilön ja ympäristön tasapainoa. Mielenterveyttä määrittävät: (ks. kuvio 1)

- 1) yksilölliset tekijät ja kokemukset;
- 2) sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus;
- 3) yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit; sekä
- 4) kulttuuriset arvot.

Mielenterveys voidaan nähdä myös *prosessina*, johon kuuluu altistavia, laukaisevia ja tukevia tekijöitä sekä erilaisia seurauksia ja lopputuloksia (ks. kuvio 2).

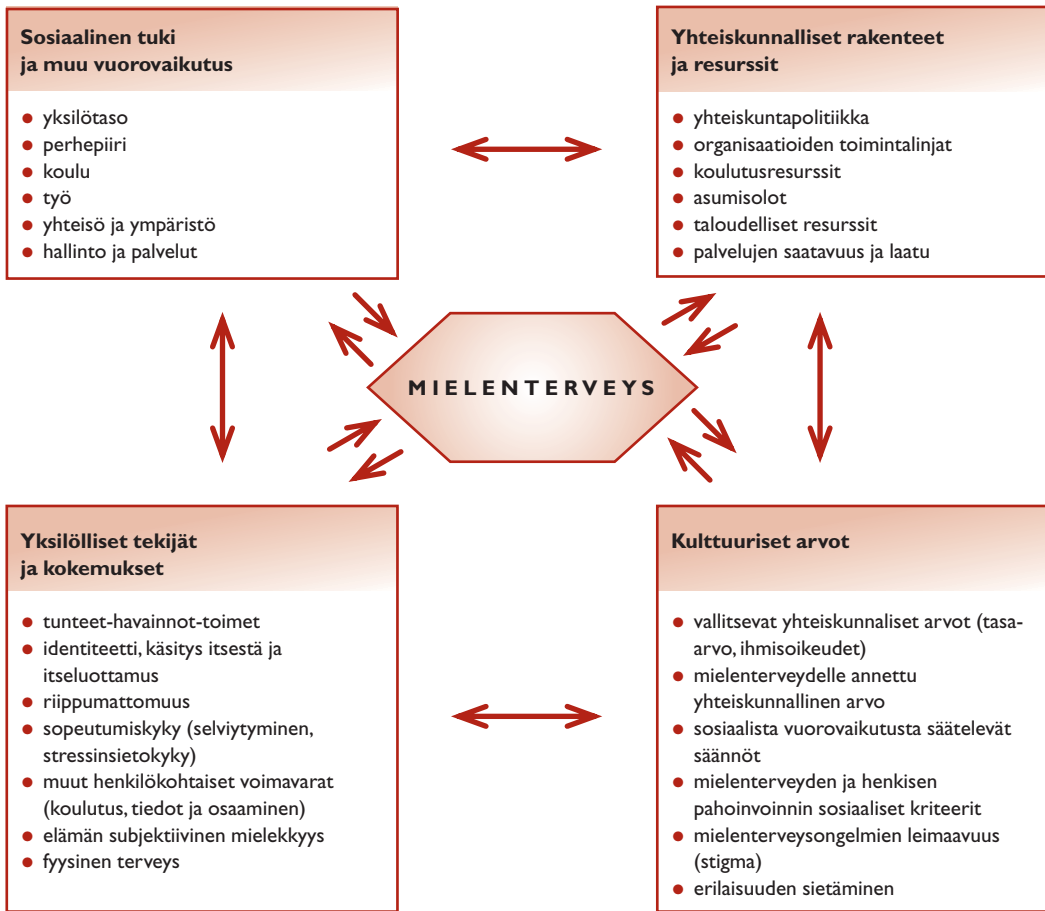
Mielenterveyttä voidaan lähestyä kahdesta suunnasta, positiivisesta ja negatiivisesta.

- *Positiivinen mielenterveys* tarkastelee mielenterveyttä voimavarana. Se on keskeinen yleisen hyvinvoinnin kannalta ja kyvyllämme havaita, ymmärtää ja tulkita ympäristöämme, sopeutua siihen tai muuttaa sitä tarvittaessa ja viestiä keskenämme. Hyvä mielenterveys auttaa ihmisiä kokemaan elämän mielekkääksi ja toimimaan luovina ja tuottavina yhteiskunnan jäseninä.
- *Negatiivinen mielenterveys* koskee psyykkisiä häiriöitä, oireita ja ongelmia. Mielenterveyden häiriöt on määritelty käytössä olevissa diagnoosiluokituksissa oireiden mukaan (lukuun ottamatta elimellisiä mielenterveyden häiriöitä ja päihteiden väärinkäyttöä). Tilaa kutsutaan häiriöksi, kun oireet ovat pitkäkestoisia, yksilön hallitsemattomissa, suhteettomia mahdollisiin ulkoisiin syihin nähden ja toimintakykyä haittaavia. Psyykkisiä oireita ja ongelmia ilmenee silloinkin kun kliinisen häiriön kriteerit eivät täyty. Nämä subkliiniset tilat seuraavat tavallisesti jatkuvaa tai tilapäistä psyykkistä painetta. Ne voivat olla merkittävä taakka, mutta niitä ei aina tunnisteta mielenterveysongelmiksi eikä niistä kärsiviä henkilöitä hoideta.

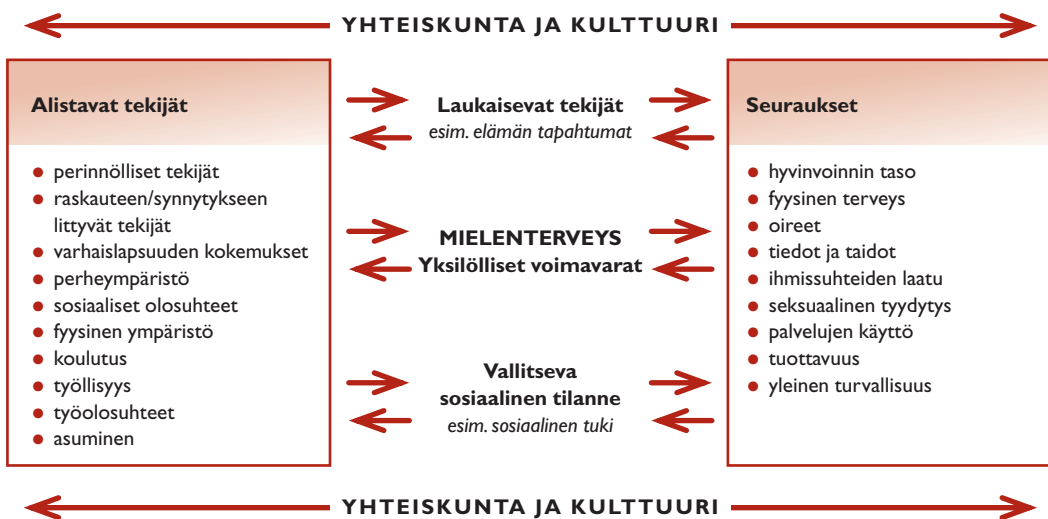
### 2.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämistä on perinteisesti pidetty melko epämääräisenä ja tulkinanvaraisena käsitteenä. Tämä varauksellinen suhtautuminen on ollut jossain määrin





Kuvio 1. Mielenterveyttä määrittävät tekijät



Kuvio 2. Mielenterveys prosessina

oikeutettua, sillä termiä on usein käytetty vapaasti ja täsmentämättä sen merkitystä. Mielenterveyden edistämistä määriteltäessä onkin tärkeää pyrkiä mahdollisimman selkeään ja yksiselitteiseen tulkintaan.

Ottawan asiakirjassa vuodelta 1986 terveyden edistäminen määriteltiin prosessiksi, joka mahdollistaa oman terveyden paremman hallinnan ja sen kohentamisen. Terveyden edistäminen nähdään prosessina, joka tähtää terveyteen liittyvän vallan, tiedon, taitojen ja muiden voimavarojen palauttamiseen yhteisölle, yksilöille, perheille ja koko väestölle.

Ottawan asiakirjassa hoiva, holismi ja ekologia mainitaan keskeisinä asioina seuraavissa viidessä toimintastrategiassa:

- terveen yhteiskuntapolitiikan rakentaminen;
- tukea tarjoavien ympäristöjen luominen;
- yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen;
- henkilökohtaisten taitojen kehittäminen; sekä
- terveyspalvelujen uudelleensuuntaaminen.

Mielenterveyden edistämässä on otettava huomioon psykologiset prosessit ja ymmärrettävä niiden merkitys ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja kokemuksissa. Britannian terveystieteiden viraston (Health Education Authority) julkaiseman laatusuositusraportin (*Quality Framework*, 1997) mukaan *mielenterveyden edistäminen voi olla mitä tahansa toimintaa, joka aktiivisesti vaalii hyvää mielenterveyttä vahvistamalla sitä edistäviä tekijöitä ja vähentämällä tekijöitä, jotka vahingoittavat tai heikentävät yksilöiden ja yhteisöjen psyykkistä terveyttä*. Tehokas mielenterveyden edistäminen lisää hyvinvointia, lievittää inhimillistä kärsimystä ja vähentää mielenterveysongelmien ilmaantumavuutta ja yleisyyttä. Se johtaa parempiin palveluihin, parempaan elämänlaatuun ja sosiaaliseen toimintakykyyn, syvempään sosiaaliseen integraatioon ja muihin vastaaviin tuloksiin.

Mielenterveyttä edistävät toimet ehkäisevät todennäköisesti psyykkisiä sairauksia, eikä olekaan syytä vetää tiukkaa rajaa mielenterveyden edistämisen ja psyykkisten sairauksien ehkäisemisen välille, vaikka teoreettisesti niillä onkin selvä ero. Joissain tapauksissa mielenterveyden edistäminen voi olla osa mielenterveyspalveluita. Palveluilla tulisi joka tapauksessa olla merkittävä rooli myös mielenterveyden edistämässä ja ongelmien ehkäisyssä.

Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään myös termiä *'promotion of mental health'* termin *'mental health promotion'* asemesta. Euroopan komission rahoittaman ns. avainkäsiteprojektin (Lahtinen ym., 1999) mukaan ensiksi mainittu on sisällöltään laajempi käsite, joka voidaan määritellä kokonaisvaltaiseksi strategiaksi ja joukoksi positiivisia toimenpiteitä, joiden tarkoitus on

- lisätä mielenterveyden arvostusta ja näkyvyyttä yhteiskuntien, niiden osien ja yksilöiden tasolla sekä
- suojella, vaalia ja parantaa mielenterveyttä (varsinainen mielenterveyden edistäminen).

Mielenterveyden edistäminen korostaa erityisesti osallistumista ja voimaantumista (empowerment) sekä sektorienvälistä yhteistyötä. Se voi toimia kokonaisten yhteiskuntien, yhteisöjen, sosiaalisten ryhmien tai yksilöiden parissa. Käsite korostaa kestävää kehitystä tukevia arvoja. Se käyttää erilaisia lähestymistapoja, menetelmiä ja työkaluja, jotka tulee sovittaa kulloiseenkin sosiaaliseen, kulttuuriseen, sukupuoli-, ikä- ja kehitykselliseen kontekstiin.

### 2.2.1 Mielenterveyden edistämisen lähtökohdat

On vaikeaa löytää sosiaalisia ilmiöitä, joilla ei olisi yhteyttä ja epäsuoraa tai suoraa vaikutusta mielenterveyteen. Mielenterveyteen ja sen häiriöihin onkin monia lähestymistapoja samoin kuin on useita lähtökohdita mielenterveyden edistämiseen. Nämä lähtökohdat voidaan määritellä monin eri tavoin.

Puuttuminen (1) **syihin, jotka altistavat henkiselle pahoinvoinnille tai laukaisevat tai ylläpitävät sitä** on yleinen tapa suhtautua terveyttä määrittäviin tekijöihin. Perinnölliset tekijät, lapsuuden aikaiset kokemukset ja vanhemmuuden puutteet ovat esimerkkejä altistavista tekijöistä. Henkisesti rasittavat sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tapahtumat ovat tyypillisiä laukaisevia tekijöitä. Jatkuvat sosiaaliset vastoinkäymiset, esim. köyhyys, stressi tai leimautuminen ovat esimerkkejä henkistä pahoinvointia ylläpitävistä tekijöistä, kun taas sosiaalinen tuki on esimerkki mielenterveyttä säilyttävistä tekijöistä.

Lähestymistavat voidaan myös määritellä viittaamalla toimintojen (2) **kohderyhmiin**. Mielenterveyden edistäminen voi kohdistua joko koko väestöön tai pienempiin ryhmiin, joita määrittävät esimerkiksi ikä, sukupuoli, ammatti, tietty riski tai osattomuuden eri muodot (työttömät, asunnottomat, pakolaiset, maahanmuuttajat, prostituoidut).

On myös mahdollista tarkastella (3) **ympäristöä**, jossa väliintulo tapahtuu, esim. perhe, päivähoido, koulu, työpaikka, terveys- ja sosiaalipalvelut, tiedotusvälineet, vankila ja puolustusvoimat, tai määritellä millä (4) **tasolla** (esimerkiksi kansainvälinen, kansallinen, alueellinen, paikallinen tai yksilötaso) mielenterveyttä edistävä toiminta toteutuu.

**Kansanterveyden** (5) piirissä tapahtuva toiminta voidaan luokitella hierarkkisesti neljään tasoon:

- (a) politiikka,
- (b) ohjelma (joka kohdistuu esim. johonkin tautiryhmään),
- (c) tietty toiminta (esim. palvelun kehittäminen) ja
- (d) tietty tuote (esim. interventiomalli).

Mielenterveyden edistämisen lähestymistavat voidaan lopuksi ryhmitellä toiminnan ja interventioiden soveltamien (6) **menetelmien** mukaan. Mielenterveyden edistämässä on monia toimintatapoja ja siihen kuuluu esimerkiksi tiedonkulku ja vuoropuhelu vir-

kamiesten, terveydenhuollon ammattilaisten ja kansalaisten välillä. Menetelmiin kuuluu myös julkisten palveluiden kehittäminen, mielenterveysasioiden sisällyttäminen koulutukseen ja opetusohjelmiin, mielenterveyttä ja sen edistämistä koskevan tutkimuksen uudelleensuuntaaminen ja erilaiset innovatiiviset toimet, kuten esimerkiksi informaatioteknologian hyödyntäminen.

### 2.2.2 Vaikuttavuuden osoittaminen

Monissa raporteissa on julkaistu katsauksia mielenterveyden edistämistä koskevaan tutkimukseen ja kirjallisuuteen (esim. *Health Promotion in Wales* 1995 ja *Health Education Authority* 1997). Nämä raportit käsittelevät lähinnä anglosaksisissa kulttuureissa tehtyä työtä, mutta ne kattavat mielenterveyden edistämisen järjestelmällisesti. Näiden katsausten johtopäätösten mukaan monien mielenterveyden edistämishojelmien vaikuttavuudesta on olemassa selvää näyttöä.

Useimmat tutkimukset ovat keskittyneet erityisesti psyykkisten sairauksien ehkäisemiseen, mutta monet alan tutkimukset osoittavat selvästi mielenterveyshäiriöitä ehkäisevien interventioiden edistävän myös mielenterveyttä ja päinvastoin. Fyysisen ja psyykkisen terveyden keskinäiset yhteydet viittaavat siihen, että on perusteltua korostaa yleisten terveyden edistämistoimien mielenterveysvaikutusten arviointia.

Kirjallisuuskatsaukset ovat osoittaneet parhaiden interventioiden puuttuvan samanaikaisesti useampaan kuin yhteen tekijään. Erään meta-analyysin (Bosma ja Hosman, 1990) mukaan keskeisiä onnistuneelle mielenterveyden edistämishojelmalle, joka pyrkii vaikuttamaan useiden riski- tai suojaavien tekijöiden yhdistelmään, ovat seuraavat tekijät:

- ohjelman tulee koskea myös kohderyhmälle tärkeää sosiaalista verkostoa, kuten vanhempia, opettajia tai perhettä;
- intervention tulee toistua useita kertoja;
- ohjelmassa tulee käyttää interventiomenetelmien yhdistelmää (esim. sosiaalinen tuki ja selviytymistaidot).

## 2.3 Mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy

### 2.3.1 *Prevention perinteinen kansanterveysmalli*

*Primaaripreventio* tähtää uusien tapausten ilmaantuvuuden (eli insidenssin) vähentämiseen yhteisössä. Tämän tyyppinen preventio suunnataan lähinnä henkilöille, jotka eivät ole varsinaisesti sairaita, mutta joilla uskotaan olevan jonkin häiriön kehittymisen riski. *Sekundaaripreventiossa* on kyse yrityksistä vähentää häiriön yleisyyttä (eli prevalenssia) lyhentämällä sen kestoja. Sekundaaripreventio-ohjelmat suunnataan yleensä henkilöille, joilla on häiriön varhaisoireita. Tavoitteena on lyhentää häiriön kestoja var-

haisen ja nopean hoidon avulla. *Tertiaariprevention* tarkoitus on lieventää häiriötä ja vähentää siihen liittyvää toimintakyvyn menetystä.

Keskustelu primaari- ja sekundaaripreventiosta ei ole niinkään keskittynyt rajankäyntiin ja määritelmiin, jotka ovat kohtalaisen hyväksytyjä ja vakiintuneita, vaan siihen, täyttävätkö nämä toimet varsinaisen 'prevention' määritelmää lainkaan, vai kuu- luvatko ne vain hyviin klinisiin käytäntöihin. Tämä näkökohta heijastaakin hyvin sitä, kuinka vähän epäilläään sekundaari- ja tertiaariprevention vaikuttavuutta. Käytännössä ne täyttävät prevention kriteerit, sillä ne todellakin ehkäisevät jotain (Jenkins 1994).

Sekundaaripreventio lyhentää häiriön kestoa ja ehkäisee siten kroonista sairautta ja jopa kuolleisuutta sekä samalla osittain estää psyykkisen sairauden kerrannaisvai- kutuksia muihin, esimerkiksi sairastuneen lapsiin ja puolisoihin. Tertiaaripreventio vä- hentää toimintakyvyttömyyttä ja vammaisuutta ja siten monia kroonisten sairauksien jälkitiloja.

Kysymys kohdentamisesta on tärkeä preventiokäsitteen kehittymisen kannalta. Kohdentamisen selventämiseksi on paikallaan esitellä kolme määritelmää (Gordon 1983):

- *Universaalit preventiotoimenpiteet* hyödyttävät kaikkia, ja niihin ryhdytään mikä- li toimenpiteiden edut selvästi ylittävät niiden aiheuttamat kustannukset ja riskit (esim. turvavyöt, kehoitus kohtuulliseen alkoholinkäyttöön, tupakoinnin vähentä- minen, ravinto ja liikunta)
- *Valikoivia preventiotoimenpiteitä* käytetään, kun henkilö kuuluu johonkin väes- toryhmään (perusteena esim. ikä, sukupuoli, ammatti), jolla on keskimääräistä suurempi sairastumisriski. Esimerkkejä ovat hyvä syntymää edeltävä ja synnytyk- senaikainen huolenpito ja raskaana oleviin naisiin kohdistuvat preventiotoimet; nuorille yksinäisille äideille ja sosiaalisesti eristyneille vanhuksille suunnatut ter- veystoimet.
- *Tarpeenmukaiset preventiotoimenpiteet* on suunnattu ryhmille, joiden sairastumisris- ki tekee interventioista kliinisesti mielekkään, esim. lapset, jotka ovat joutuneet alti- tiiksi vakavalle ja selkeästi määriteltävälle emotionaaliselle rasitukselle, kuten on- nettomuuksille ja väkivallalle.

Tähän liittyy myös kysymys primaariprevention käsitteen käytöstä vaihtoehtona 'ter- veyden edistämisen' käsitteelle. Toews ja El-Guebaly (1989) esittävät, että primaari- preventio kohdistuu riskiryhmiin, kun taas terveyden edistäminen koskee koko väes- tötä. Tämän mukaan terveyden edistäminen sisältää yleispäteviä strategioita, kun taas primaaripreventio viittaa valikoiviin ja tarpeenmukaisiin toimenpiteisiin. Goldston (1977) menee vieläkin pidemmälle esittämällä, että mielenterveyden edistämishjel- mat "ovat käsityksissään enemmänkin valistuksellisia kuin klinisiä, ja niiden varsinaise- na tarkoituksena on edistää ihmisten kykyä selvitä kriiseistään ja ryhtyä toimiin oman elämänsä kohentamiseksi". Tämän mukaan terveyden edistäminen on niiden universaa- lien strategioiden alalaji (siis lähinnä valistuksellinen eikä kliininen komponentti), jotka puolestaan ovat primaariprevention alalaji.

Mielenterveyden edistämistä koskeva kirjallisuus pitää kuitenkin mielenterveyttä positiivisena tilana, joka ei ole sama asia kuin sairauden puuttuminen. Samoin se katsoo, että mielenterveyden edistämistoimet voivat koskea sekä sairaita että riskiryhmiin kuuluvia. Olemme siis päinvastaisessa tilanteessa, jossa – mielenterveyden edistämisen näkökulmasta – primaaripreventio on mielenterveyden edistämisen alalaji.

Eräs mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä pohtinut toimikunta ei ottanut käyttöön kansanterveystyön primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioluokitusta, vaan esitti vaihtoehdoisen järjestelmän, jossa termi 'preventio' on varattu ennen häiriön alkua tapahtuville interventioille (Mrazek ja Haggerty, 1994).

Mielenterveyden edistäminen on määritelty myös ”*eräänlaisena rokotussuojana, joka vahvistaa yksilöiden, perheiden, organisaatioiden ja yhteisöjen kestävyyskykyä ja vähentää olosuhteita, joiden tiedetään vahingoittavan kaikkien henkistä hyvinvointia riippumatta siitä, onko heillä mielenterveysongelmaa vai ei*” (Health Education Authority). Tämän määritelmän mukaan mielenterveyden edistäminen parantaa mielenterveyttä kolmella tasolla:

- vahvistamalla yksilöitä ja lisäämällä henkistä kestävyyskykyä, kohentamalla esimerkiksi itsetuntoa, selviytymistä tai elämäntaitoja;
- vahvistamalla yhteisöjä, esimerkkinä koulukiusaamisen vastaiset strategiat tai koululaisten harrastekerhot; sekä
- poistamalla mielenterveyden rakenteellisia esteitä, esimerkkeinä taloudelliset toimet epätasa-arvon vähentämiseksi, lainsäädäntö joka koskee täysi-ikäisyyden yhtenäistämistä hetero- ja homoseksuaalisten suhteiden osalta.

### 2.3.2 Primaariprevention uudet käsitteelliset määrittelyt

#### *Altistavat ja laukaisevat tekijät*

Samalla kun ymmärrys mielenterveyden häiriöille altistavista tekijöistä (esim. äidin menettäminen lapsuudessa, geneettinen painolasti) ja laukaisevista tekijöistä (esim. stressaavat elämän tapahtumat) on kehittynyt, on huomattu, että laukaisevia tekijöitä on helpompi ehkäistä ennakolta kuin altistavia tekijöitä. Käytännössä tämä on merkinnyt painopisteen muutosta riskiryhmistä riskitilanteisiin ja -tapauksiin. Tähän voi olla kaksi syytä: ensinnäkin kliinisesti on vaikeampaa tunnistaa ja arvioida riskiryhmiä kuin riskitilanteissa olevia; toiseksi, ennaltaehkäisyyn tulos on todennäköisesti parempi riskitilanteissa, koska lyhyellä aikavälillä ne aiheuttavat enemmän sairastumisia kuin mitä tapahtuu riskiryhmissä oleville, jotka todennäköisesti eivät sairastu vielä moneen vuoteen. (Price ym., 1989).

#### *Spesifien syiden puute*

Nykyään on laajasti tunnustettu, että psyykkisissä sairauksissa erilaiset stressiä aiheuttavat tapahtumat voivat johtaa moniin erilaisiin sairauksiin eri yksilöillä, toisin kuin spesifit, tiettyyn sairauteen (esim. vitamiinin puutos, pellagra) johtavat syyt. Tämäkään ei ole

ominaista vain psyykkisille sairauksille. Erilaiset stressaavat tapahtumat ja ympäristöt voivat samoin johtaa erilaisiin ruumiillisiin sairauksiin, kuten esimerkiksi sydäninfarktiin, valkotäpläisyyteen ja muihin ihosairauksiin.

### ***Mikro- ja makrotason primaaripreventio***

Interventiot voivat tapahtua eri tasoilla. Catalano ja Dooley (1980) ovat tiivistäneet nämä tasot kahdeksi laaja-alaiseksi kategoriaksi: makroympäristö (sosiaaliset ja laajat organisatoriset olosuhteet) ja mikroympäristö (perhe ja yksilöt). Proaktiivinen primaaripreventio voidaan määritellä jatkumoksi mikrotasolta makrotasolle (Bronfenbrenner, 1997).

Mikrotasolla proaktiivinen preventio voi olla vanhemmuutta koskevaa valistusta, jonka tarkoitus on vähentää vanhemmuuden häiriöitä, lasten hyväksikäyttöä ja avioeroja. Makrotasolla proaktiiviseen preventioon voi liittyä esimerkiksi liikennepolitiikka ja -suunnittelu, joilla estetään liiallisia pakokaasujen lyijypäästöjä tai lentomelua koulujen leikkipaikkojen läheisyydessä.

Yleisesti yksilöiden ja perheiden mikrotason preventioon on suhtauduttu toiveikkaasti, mutta makrotason preventioajattelua on vältelty viime aikoihin asti. Tämä johtuu osittain siitä, että vasta hiljattain on käynyt selväksi se vahva yhteys, joka vallitsee mielenterveysongelmien ja työttömyyden, sosiaalisen syrjinnän, syrjäytymisen, köyhyyden jne. välillä, ja vielä kauemmin on kestänyt ennen kuin on syntynyt poliittinen yksimielisyys käsitellä näitä kysymyksiä.

Catalano ja Dooley esittivät, että tilaisuus makrotason preventioon jätetään usein käyttämättä, koska mielenterveysammattilaiset ovat tottuneet analysoimaan yksilöitä, kun taas laajemman tason analyysiin heillä on vain vähän kokemusta tai metodologista valmiutta.

### ***2.3.3 Elämäntilanne- ja sosiaalisen tuen teorioihin perustuvat strategiat***

Ennaltaehkäisevien toimien kohderyhmän määrittelyssä on ollut kaksi pääsuuntausta. Ensimmäisenä toimintatapana on tunnistaa monitahoisen psyykkisen paineen alaisina olevat henkilöt. Tämä on hyödyllistä yksilötasolla, mutta vaikeaa väestötasolla, joskin mahdollista perusterveydenhuollossa, kun käytetään asiakkaiden sattumanvaraista seulontaa. Toinen toimintatapa on tunnistaa tietyn elämäntilanteen kokeneet henkilöt. Potentiaalisesti kuormittavia tilanteita ovat sekä ennakoitavat elämäntilanteiden siirtymätilanteet että tavanomaiset kriisit, joihin mahdollisesti liittyy pidentynyttä stressiä. Esimerkiksi koulun aloittaminen, koulun vaihto, työhön meno ja eläkkeelle siirtyminen ovat kaikki normaaleja elämäntilanteita, kun taas ennakoimattomia tapahtumia tai kriisejä ovat esimerkiksi työttömyys sekä fyysinen sairaus tai vamma.

### ***Selviytymiskyvyn parantaminen***

Sosiaalisen tuen muodot ovat moninaiset – tiedollinen, emotionaalinen ja välineellinen (käytännön) tuki. Tutkimus on valaissut kolmea laaja-alaista mekanismia, joiden avulla tuki voi vaikuttaa mielenterveyteen: (1) *suoraan* hyvinvointiin riippumatta siitä,

onko yksilö altistunut stressille vai ei; (2) *epäsuorasti* vähentämällä altistusta sosiaalisille vastoinkäymisille (esim. puutteelliset sosiaaliset verkostot omaavien todennäköisyys kohdata stressitilanteita voi olla suurempi ja he voivat turvautua puutteellisiin selviytymisstrategioihin); ja (3) *vuorovaikutuksellisesti* suojaamalla yksilöä stressin haitallisilta vaikutuksilta.

### ***Ympäristöolosuhteiden muuttaminen***

Yksilöt altistuvat usein riskeille henkilökohtaisten ominaisuuksiensa ohella myös elämäntilanteensa vuoksi, joka voi olla jatkuvasti stressaava ja josta voi puuttua riittävä tuki. Ympäristöolosuhteita voidaan valita, muuttaa tai luoda preventiostrategioissa. Ihmisten auttaminen löytämään virkistys- ja koulutusmahdollisuuksia sekä erilaiset oma-apuryhmät ovat esimerkkejä ympäristöolosuhteiden valitsemisesta. Ympäristöolosuhteiden muuttaminen voi onnistua neuvomalla perheitä ja organisaatioita tai puuttamalla niiden toimintaan. Ympäristön luomista tapahtuu uusia rakenteita muodostettaessa, esimerkkinä matalan kynnyksen mielenterveyskeskus. Useimmat ihmiset valitsevat omat olosuhteensa luontevasti, mutta olosuhteisiin ja niiden muutoksiin sisältyvät preventiön mahdollisuudet on jätetty huomioimatta.

### ***Luonnollisten tukijärjestelmien kehittäminen***

Luonnollisten tukijärjestelmien kehittäminen yhteisössä perustuu näyttöön, jonka mukaan sosiaalinen tuki toimii puskurina ulkoisia stressinaiheuttajia vastaan. Tukijärjestelmien kehittäminen voi tapahtua esim. seuraavilla tavoilla:

- a) olemassa olevien järjestelmien tukeminen
- b) uuden, luonnollisen tukijärjestelmän luominen
- c) omaisten kouluttaminen
- d) yhteistyösuhteiden kehittäminen
- e) mielenterveysvalistus.

## **2.4 Itsemurhien ehkäisy**

Maailman itsemurhalukujen viimeaikainen nousu on kiinnittänyt huomion itsemurhiin vaikeana kansanterveysongelmana. Joka vuosi noin miljoona ihmistä tekee itsemurhan. Eurooppalaiset itsemurhaluvut vaihtelevat huomattavasti maasta toiseen: vuonna 1995 keskimäärin 30 miestä ja 8 naista sadastatuhannesta teki itsemurhan.<sup>6</sup> Monissa Euroopan maissa itsemurhia tapahtuu selvästi enemmän kuin tieliikennekuolemia.

Vuonna 1989 Maailman terveysjärjestö (WHO) suositteli, että jokaisen maan tulisi

- tunnustaa itsemurhat keskeiseksi kansanterveysongelmaksi;
- kehittää kansallinen itsemurhien ehkäisyohjelma; sekä
- perustaa kansallinen itsemurhien ehkäisyn koordinaatiotyöryhmä.

6 Korkeimmat luvut olivat Itä-Euroopassa (miehet 39 ja naiset 9) ja Pohjois-Euroopassa (37 ja 9), alhaisimmat Länsi-Euroopassa (29 ja 10) ja Etelä-Euroopassa (16 ja 5).



Sittemmin monet maat ovat laatineet kattavia itsemurhien ehkäisystrategioita. Vuonna 1996 Yhdistyneet kansakunnat kehotti maiden hallituksia laatimaan toimintalinjat itsemurhien ehkäisemiseksi. Näitä toimintalinjoja täydentäisivät kansalliset institutionaaliset rakenteet, jotka vastaavat yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen hyvinvoinnista. YK ehdotti, että itsemurhien ehkäisyn puiteohjelman kansanterveysmallia tulisi noudattaa ja kiinnittää huomiota sekä yksilöön, ympäristöön että niihin vaikuttaviin tekijöihin. Tämän näkemyksen mukaan

- potentiaaliset itsemurhan tekijät (esim. itsemurhaa yrittäneet) tulisi tunnistaa korkean riskin omaavaksi ryhmäksi;
- ympäristöriskeihin (esim. työttömyys), jotka pahentavat riskiryhmien alttiutta, tulisi puuttua; sekä
- interventioita, jotka koskevat vaikuttavia tekijöitä (esim. itsemurhavälineiden saatavuuden rajoittaminen) voitaisiin ottaa käyttöön.

Itsemurhien ehkäisyn perinteisessä mallissa *primaaripreventio* tähtää itsetuhokäyttämisen riskien minimoimiseen huolehtimalla siitä, että riskiryhmät saavat hyvää hoitoa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. *Sekundaaripreventio* tähtää sopivan hoidon tarjoamiseen kaikille niille, jotka ovat osoittaneet taipumusta itsemurhaan (esim. itsemurhaa yrittäneet). *Tertiaaripreventio* tähtää kaikkien niiden auttamiseen, jotka ovat jo ajautuneet itsetuhokäyttämiseen.

Uusi dynaamisempi malli näkee itsemurhan prosessina, joka etenee riskitekijöistä ja suojaavista tekijöistä akuuttien laukaisevien tekijöiden kautta itsemurha-ajatuksiin, suunnitelmiin ja yrityksiin. Lopputulos voi olla kuolema, ellei jokin interventio ehdi tulla väliin. Itsemurhalla on tavallisesti myös jälkivaikutuksia, jotka vaikuttavat positii-visesti tai negatiivisesti itsemurhakäyttämiseen uhrin ympäristössä.

#### 2.4.1 Ongelman määrittely

Kansanterveysyön ensimmäinen askel itsemurhien ehkäisyssä edellyttää itsemurhatapausten kuvaamista. Jokaisen maan tai alueen tulee kerätä tietoa, joka antaa luotettavan kuvan itsemurhakäyttämisestä eri yhteisöissä. Perustietoa ongelman laajuudesta on saatavilla väestötilastoista. Näiden tilastotietojen käyttöä itsemurhien ehkäisyn suunnittelussa rajoittavat kuitenkin itsemurhien aliraportointi (vähintään 10 %), tietojen saannissa esiintyvät viiveet ja ”psykologiseksi ruumiinavaukseksi” kutsuttujen haastattelututkimusten puute. Aliraportointi voi olla huomattavaa joissakin kuolinsyissä (esim. myrkytykset) ja siten vääristää prevention kohdentumista. Kansallisen ja kansainvälisen tiedon saannissa esiintyvä viive (kahdesta jopa viiteen vuoteen) voi estää välittömän puuttumisen äkillisiin ongelmiin. Kuolintodistukset tarjoavat hyödyllistä, joskin karkeaa, taustatietoa itsemurhasta. Tarkempaa tietoa itsemurhien ehkäisemiseksi tarjoaisivat omaisten ja hoitohenkilökunnan haastattelut sekä hoitorekisteri- ja sairauskertomustiedot. Lisää tietoa tarvitaan myös itsemurhien

tekotavoista ja -välineistä (esim. aseet, lääkkeet ja huumeet, myrkyt) sekä paikoista, joissa itsemurhia tehdään.

### 2.4.2 Syiden tunnistaminen

Itsemurhien ehkäisyn toinen vaihe on itsemurhalle ominaisten riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen. Tietoa voi saada käyttämällä tutkimusmenetelmiä, jotka vastaavat kysymyksiin, miksi itsemurhia tehdään ja kuinka ne voitaisiin estää.

Riskitekijöiden tunnistaminen auttaa jakamaan väestön korkean ja matalan riskin ryhmiin. Riskitekijät voivat olla ryhmäkohtaisia ja niiden vahvuus voi vaihdella itsemurhaprosessin eri vaiheissa ja eri väestöryhmissä. Jos riskitekijä on kausaalinen, siihen vaikuttaminen voi vähentää itsemurhien yleisyyttä (esim. tehokas depression hoito). Kausaalisten riskitekijöiden haittavaikutusten eliminointi voi tuottaa hyviä tuloksia. Tämä on tärkeää sekä itsemurhien ehkäisyn kliinisten näkökohtien että itsemurhien ehkäisy politiikan kannalta.

### 2.4.3 Interventioiden kehittäminen ja toimeenpano

Itsemurhien ehkäisyn kehittämisen tulisi perustua aikaisemmista preventiotoimista saatuun tietoon ja kokemukseen. Kaikkien interventioiden tulisi olla asianmukaisesti kokeiltuja. Valitettavasti vain harvan intervention tehoa on arvioitu tähän mennessä. Lähestymistapa, jota kannattaisi kokeilla ja soveltaa paikallisesti, alueellisesti ja jopa kansallisesti, voisi olla kaikkien depressiosta kärsivien riittävä hoitaminen. Tehokkaiksi todistettujen interventioiden tulee olla myös kustannustehokkaita. Tehokkaiden interventioiden yhdistelmä voisi muodostaa pohjan laaja-alaiselle strategialle, joka kattaa kaikki tärkeimmät palvelusektorit ja yhteiskuntalohkot. (mukaan lukien kolmas sektori, ammattihenkilöt ja tiedotusvälineet) ja joka ulottuisi koko väestöstä itsemurhavaarassa olevaan yksilöön saakka.

## 2.5 Mielenterveysongelmien hoitojärjestelmä

Toisin kuin 'mielenterveyden edistäminen' ja 'psykkisten häiriöiden ehkäiseminen', joissa on kyse terveistä ihmisistä, 'mielenterveysongelmien hoidossa' on kyse organisoidusta toiminnasta, joka on suunnattu *mielenterveyden häiriöistä jo kärsiville*. Mielenterveysongelmia hoitaviin *mielenterveyspalveluihin* kuuluvat a) perusterveydenhuolto, b) erikoissairaanhoido, c) sosiaalipalvelut ja d) vapaaehtoisjärjestöt.

### 2.5.1 Mielenterveysongelmien hoito ja siihen liittyvät käsitteet

*Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen:* Vaikka mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen ovatkin teoriassa eri asia kuin mielenterveysongelmien hoito, nämä termit ovat käytännössä osittain päällekkäiset. Tämä pätee erityisesti mielenterveyshäiriöiden varhaiseen toteamiseen ja hoitoon (tunnetaan myös nimellä 'sekundaaripreventio'), ja kuntoutukseen, johon kuuluu uusiutumisen esto ja invaliditeetin kehittymisen esto ('tertiaripreventio').

*Psykiatrinen hoito/kliniiset interventiot:* Tehokkaat kliiniset interventiot ovat mielenterveysongelmien hoidon tukiranka, mutta mielenterveystyön ja psykiatrisen hoidon välille ei voida suoraan laittaa yhtäläisyysmerkkiä. Mielenterveyspalveluihin erikoistunut henkilökunta voi olla pätevää antamaan huippuluokan hoitoa, mutta jos koko palvelujärjestelmä ei ole riittävän hyvin organisoitu, apu ei ehkä tavoiteta sen tarpeessa olevia. Sama pätee myös toisin päin: vaikka palvelujen tarjonta olisi optimaalista, toiminnasta ei ole hyötyä, ellei huipputaso hoitoa ole tarvittaessa tarjolla.

*Kuntoutus:* Kuntoutusta voidaan pitää mielenterveysongelmien hoidon osa-alueena, jossa yhteistyö psykiatristen palveluiden, sosiaalihuollon ja koko yhteisön välillä on tärkeää ja joka siksi vaatii erityishuomiota (ks. kohta 2.6.).

### 2.5.2 Mielenterveysongelmien hoidon tehtävät

Mielenterveysongelmien hoidon tulee vastata seuraaviin haasteisiin:

- varhainen puuttuminen sellaisten henkilöiden kohdalla, joilla on kehittymässä mielenterveyden häiriö – toiminnan tarkoituksena on estää häiriön puhkeaminen;
- ensiapu ja kriisi-interventio akuutisti tai vakavasti sairaille – tarkoituksena lievittää kärsimyksiä ja estää riskejä itselle ja toisille;
- mielenterveyden palauttaminen mikäli mahdollista;
- mielenterveyden kohentaminen, jos täydellinen parantuminen ei ole mahdollista;
- tilan huonontumisen estäminen, jos osittainen tai täydellinen parantuminen ei ole mahdollista; sekä
- täysin tai osittain parantuneiden tilan uudelleen huononemisen estäminen.

### 2.5.3 Mielenterveysongelmien hoidon tulokset

Hoidon tulokset saavat merkityksen vasta, kun selvitetään mitä mielenterveys, tilan kohentuminen, huononeminen ja parantuminen – siis mielenterveyden hoidon mahdolliset tulokset – tarkoittavat. Aikana jolloin useimmat psyykenpotilaat elävät normaaliyhteisön jäseninä, ja palvelunkäyttäjä- ja omaisliike on kasvussa, näitä käsitteitä ei voida enää määritellä pelkästään oireiden kautta, vaan niihin kuuluu myös psyykkinen

hyvinvointi, päivittäinen suoriutuminen, sosiaalisten mahdollisuuksien saavuttaminen ja ympäristön tuki.

Käsite 'elämänlaatu' kattaa kaikki nämä näkökohdat. Mielenterveysongelmien hoidon perustarkoituksena voidaankin pitää elämänlaadun parantamista. On selvää, että psykiatrit eivät voi yksin suoriutua tästä tehtävästä ja että yhteistyötä tarvitaan yhtäältä terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten kesken sekä toisaalta ammattiauttajien, palvelujen käyttäjien ja omaisten välillä.

#### **2.5.4 Mielenterveyspalvelut ja mielenterveysongelmien hoitojärjestelmät**

Mielenterveyspalvelut muodostavat organisatorisen kehyksen, jossa ammattilaiset voivat hoitaa edellä mainittuja tehtäviä. Mielenterveyspalveluita suunniteltaessa tulisi muistaa, että monet asiakkaat välttelevät psykiatrian erikoispalveluita niiden leimavuuden takia ja kääntyvät mieluummin perusterveydenhuollon puoleen. Näin ollen mielenterveyspalvelut muodostavat jatkumon, joka alkaa perusterveydenhuollosta ja jatkuu hieman erikoistuneempien palveluiden kautta erittäin pitkälle erikoistuneeseen hoitoon. Esimerkkejä ovat yleislääkärit, päiväklinikat, erikoistuneet kriisi- ja hätäpalvelut, avohoito sekä psykiatriset sairaalat jne.

Kuten kliinisissä interventioissa – joissa farmakologisten ja psykososiaalisten interventioiden kannattajien on vaikea päästä yhteisymmärrykseen – myös mielenterveysongelmien hoidon suunnittelujärjestelmissä on eri koulukuntia, joista jotkut painottavat ammatillista (usein lääketieteellistä) valta-asemaa, erikoistumista ja keskittämistä (jota edustaa perinteinen psykiatrisen sairaala), kun taas toiset korostavat tasa-arvoa, hajauttamista ja ei-lääketieteellisen ammattikunnan mukaanottoa sekä palveluiden käyttäjien ja omaisten osallistumista hoidon suunnitteluun ja palvelujen tarjoamiseen.

Tämän päivän mielenterveysongelmien hoitojärjestelmät Euroopassa eivät yleensä ole syntyneet järkipäisen suunnittelun tuloksena. Ne edustavat pikemminkin suunnittelematonta historian kulkua, ja terveys- ja sosiaalipalvelujen yhteensovittamattomuuden takia ne ovat monimutkaisten ja lokeroituneiden rahoitusjärjestelmien ja sekavan lainsäädännön seurausta. Tämän vuoksi palvelujen käyttäjät monissa Euroopan maissa joutuvat osallistumaan, joskus suoraan, joskus epäsuorasti, kohtuuttoman paljon hoitonsa rahoitukseen.

#### **2.5.5 Mielenterveyden avohoidon puolesta puhuvat seikat**

Tehokkaan mielenterveyden hoitojärjestelmän aikaansaamiseksi on otettava huomioon kaksi vaikeasti yhteen sovitettavaa periaatetta:

- 1) Järjestelmän tulee tarjota palveluja mahdollisimman lähellä asuin- ja työpaikkoja, siis paikallisyhteisöissä.

2) Yksittäisten palveluiden tulee olla mahdollisimman korkealaatuisia, eli parhaan tehon saavuttamiseksi niiden on useimmiten oltava erikoispalveluja.

Perusterveydenhuolto toimii lähellä ihmisten työ- ja asuinpaikkoja. Tämän läheisyyden takia – ja koska kontaktiin ei sisälly leimautumisen vaaraa (toisin kuin esim. psykiatrin vastaanotolle hakeutumiseen) – perusterveydenhuolto on todennäköisin portti mielen- terveyden hoitojärjestelmään useimmissa Euroopan maissa.

Vaikka perusterveydenhuolto epäilemättä täyttää läheisyyskriteerin, sen henkilökunnan psykiatrinen asiantuntemus on kuitenkin rajallinen. Tämä ei tarkoita sitä, etteivätkö terveyskeskuslääkärit voisi sopivan lisäkoulutuksen turvin tunnistaa ja hoitaa monia mielenterveysongelmia itsekin, ainakin mikäli potilaat ovat yhteistyöhaluisia eivätkä heidän ongelmansa ole kovin vakavia tai monimutkaisia. Parhaan hoitotuloksen aikaansaamiseksi terveyskeskuslääkäreille tulee kuitenkin antaa psykiatrasta taustatukea ja mahdollisuus lähettää potilas psykiatriseen hoitoon. Erityisesti maaseudulla erikoispalvelut voivat olla kauempana kuin terveyskeskus. Joissain maissa psykiatriset klinikkapalvelut (esim. yksittäisten psykiatrien vastaanotot) voivat olla sekä ensisijaisen hoitoon hakeutumisen reitti että paikka, jonne lähetetään asiakkaat perusterveydenhuollon puolelta.

Vaikeasti hoidettavat, itselleen ja muille vaaralliset, syrjäytymisuhan alaiset ja moniammatillista apua tarvitsevat potilaat ovat kuitenkin liian vaikeahoitoisia terveyskeskuksille. He tarvitsevat laaja-alaisia erikoispalveluita, mukaan lukien kriisi- ja hätäpalveluita, tehostettua avohoitoa, akuuttia sairaalahoidoa ja muita palveluita.

Näitä psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita ei voida yleensä tarjota yhtä lähellä kuin perusterveydenhuoltoa. Rahoitus ja koulutetun työvoiman saatavuusongelmat vaikeuttavat palveluiden perustamista jokaiselle paikkakunnalle. Liian pienet hoitoyksiköt eivät muutenkaan ole hyviä. Jos jokin psykiatrinen ongelma on harvinainen esimerkiksi 50 000 tai 100 000 asukkaan populaatioissa, pienen hoitolaitoksen henkilökunta ei saa tarpeeksi kokemusta sen hoitamisesta, mikä on omiaan heikentämään palvelun laatua ja tehokkuutta. Tämä pätee erityisesti harvinaisiin erikoisdiagnoosiryhmiin.

On olemassa myös pieni potilasjoukko, joka täytyy sulkea tahdonvastaisesti sairaalaan tutkimusta tai hoitoa varten. Vapaudenriiston ja pakkohoidon laillisuusperusteiden on noudatettava ihmisoikeussopimuksia, joihin kuuluvat:

- Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus 1948
- Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 1976
- Kansalaisyhteisöoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus 1976
- Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus 1984
- Lasten oikeuksien yleissopimus 1989
- Kaikkinaisen rotusyrjinnän poistamista koskeva kansainvälinen yleissopimus 1996.

### 2.5.6 Tehokas hoitojärjestelmä

Tehokas mielenterveysongelmien hoitojärjestelmä on määritelty eri tavalla eri maissa. Esimerkin vuoksi tässä on lueteltu Birminghamin aikuisia koskevan mielenterveysstrategian osat.<sup>7</sup> Nämä osat on kiinnostavasti ja hieman epätavallisesti ryhmitelty a) paikallisiin avopalveluihin, b) rakennuksiin ja sairaansijoihin ja c) tavanomaisen elämän mahdollistavien elementtien tukemiseen.<sup>8</sup> Näihin ryhmiin kuuluvat:

1. Paikallistason avopalvelut: potilaiden/asiakkaiden ja omaisten mukaanotto, korkea-tasoinen perushoito, perushoidon yhteistyö, varhainen puuttuminen, nopea reagointi ja kriisihoito ('kotihoitoryhmä'), jatkuvan tarpeen palvelu (yhteistyöhaluiset, matalan riskin potilaat), tehostetun avohoidon palvelut (yhteistyöhaluttomat potilaat, joista aiheutuu huomattavaa riskiä joko itselleen tai muille) ja tuki terapeuttisten erikoispalveluiden piiriin pääsyksi.
2. Rakennukset ja sairaansijat: työryhmien tukikohdat ja päiväkeskukset, kriisi- ja pistäytymispaikat, aikuisten akuuttihoito-osastot, tehohoito, kuntoutuspalvelut.
3. Normaalin elämän mahdollistavien elementtien tukeminen: puolestapuhuminen, ystäväpalvelu, päiväkeskukset, vapaa-aika, opetus, ammattikoulutus, työllistymismahdollisuudet, sosiaaliturvaedut sekä asuminen – tavallinen vuokra-asuminen, ryhmäkodit (ilman henkilökuntaa), hajautettu asuminen (liikkuva tuki), asuntolat, tukiasunnot joissa vakituinen tai päivittäin vieraileva henkilökunta, tukiasuminen, palveluasuminen (ympärivuorokautinen henkilökunta).

Tämä strategia koskee lähinnä 'tavanomaisia' aikuispsykiatrian potilaita. Erikoisryhmät tarvitsevat eriytyneempiä palveluita, jotka tulee mukauttaa heille sopiviksi. Näitä ryhmiä ovat eri ikäryhmät (lapset ja nuoret, vanhuksat), erityisdiagnoosiryhmät (päähteiden käyttäjät, persoonallisuushäiriöiset, kehitysvammaiset) ja muut (etniset vähemmistöt, mielenterveysongelmaiset rikoksentehtäjät, mielenterveysongelmaiset kuurot, asunnottomat, henkilöt joilla on mielenterveys- ja oppimisvaikeuksia, nuoret dementiaa tai muita elimellisiä sairauksia potevat, aivovauriopotilaat, päähteitä käyttävät mielenterveysongelmaiset sekä myös raskauteen liittyvistä häiriöistä kärsivät, syömishäiriöiset, neuropsykiatrian ja psykoterapian erikoispalveluja tarvitsevat).

## 2.6 Mielenterveysongelmaisten kuntoutus

Mielenterveysongelmaisten kuntoutus -käsite on yleensä varattu palveluille, joita käyttävät vaikeista tai pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivät. Tätä toimintaa kutsutaan yleensä psykiatriseksi kuntoutukseksi. Tämä laaja-alainen kuntoutusmuoto kattaa myös lievemmät tapaukset, esimerkiksi työelämässä olevat henkilöt, joiden toi-

7 Tämä strategia korostaa erityisesti kotihoitoa. Ks. myös kohta 4.4, jossa selostetaan tarkemmin pohjois-birminghamilaisia toimintaryhmiä.

8 Asiakirja löytyy internetistä osoitteesta [http://www.birminghamhealth.org.uk/PublicHealth/mh\\_strategy/STRATEGY.html](http://www.birminghamhealth.org.uk/PublicHealth/mh_strategy/STRATEGY.html)

mintakyky tai elämänhallinta on alentunut tai on vaarassa alentua pitkäkestoisten mielen-terveysongelmien takia. Kummassakin tapauksessa kuntoutus tähtää parempaan toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun.

Kuntoutus on koordinoitu prosessi, joka auttaa pitkäkestoista ja toistuvista terveysongelmista kärsiviä selviytymään elämässään, esimerkiksi työssä, opinnoissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä muiden kanssa.

### **2.6.1 Yksilö- ja ympäristölähestymistapojen yhdistelmä**

Ihmisen tuntemukset ja toiminnot riippuvat aina hänen yksilöllisten taitojensa ja voimavarojensa sekä hänen fyysisen ja sosiaalisen elin- ja toimintaympäristönsä välisestä vuorovaikutuksesta. Myös kuntoutus koskee ihmistä hänen omassa ympäristössään. Kuntoutusprosessi kohdistuu harvoin vain ihmisen psyyken muutoksiin. Kuntoutuksen käsite kattaa sekä rajoittavien ja vammauttavien tekijöiden lieventämisen että henkilön voimavaroja kehittävät strategiat. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö soveltaa tätä laajaa kuntoutusmääritelmää (1981).

Mielenterveysongelmaisten kuntoutus sisältää siis kahdenlaista toimintaa:

- yksilön fyysisten ja psykososiaalisten taitojen ja resurssien kohentaminen, esimerkiksi neuvonnan, opastuksen, psykoterapian, opetuksen, koulutuksen ja ohjauksen avulla; sekä
- tukea tarjoavien ympäristöjen luominen ja yhteisön voimavarojen aktivointi; esimerkiksi paremmat sosiaaliset ja fyysiset työympäristöt, tehokkaampaa tukea tarjoavat verkostot, ihmisoikeuksien ja kansalaisvapauksien parempi kunnioittaminen, innovatiivinen lainsäädäntö, asumisjärjestelyt jne.

### **2.6.2 Painopiste vahvuuksiin, ei häiriöihin**

Vaikka psykiatrian lääketieteellinen malli usein painottaakin tautien syntyä ja varhaiskokemusten vaikutusta, kuntoutusideologia korostaa nykyhetkeä ja suuntausta tulevaisuuteen. Kuntoutuksen kulmakiviä on positiivisten kykyjen korostaminen. Painopiste on vahvuuksissa, ei häiriöissä. Tämä suuntaus on vastakkainen holhoaville asenteille, joita usein ilmenee pitkäaikaispotilaiden hoidossa. Kuntoutuksessa on keskeistä nähdä oma elämänsä kasvuprosessina. Jokainen kykenee kasvuun ja voi voimaannuttaa itseään. Tällainen kehitys perustuu yksilön omaan kiinnostukseen ja pyrkimykseen. On tärkeää, että kuntoutuksesta huolehtiva henkilöstö tukee asiakkaidensa itsetuntoa, auttaa heitä näkemään itsensä kehityskykyisinä ja tukee heitä kasvuprosessissa. Kuntoutus hyödyntää yksilön vahvuuksia ja kykyä itsenäiseen toimintaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kun tavoitteet ovat henkilökohtaisesti mielekkäitä, jokainen kuntoutuja voi työskennellä niiden hyväksi ja vahvistua onnistumisten kautta.

### 2.6.3 *Tukea tarjoavien ympäristöjen kehittäminen*

On tärkeää, että kuntoutuksesta huolehtiva henkilöstö ohjaa ja muokkaa ympäristön asenteita, jotta mielenterveysongelmista kärsivät hyväksyttäisiin yhteisöjen täysivaltaisiksi jäseniksi. Tämä on tärkeää niiden ihmisten hyvinvoinnille, jotka ongelmistaan huolimatta ovat työelämässä mukana, mutta myös niille, jotka ovat sairaslomalla tai eläkkeellä. Joskus toimintakykyyn tai hyvinvointiin voidaan vaikuttaa ilman taitojen kohentamistakin, esimerkiksi parantamalla elinoloja tai työolosuhteita. Prosessin tärkein lenkki onkin usein sosiaalisten ja fyysisten ympäristöjen kehittäminen sellaisiksi, että ihminen voi toimia niissä parhaalla mahdollisella tavalla.

Mielenterveysongelmista kärsivän lähiympäristö tulisi muokata sellaiseksi, että se tarjoaa mahdollisimman paljon tukea jokapäiväiseen elämään. Parempaan lopputulokseen päästään, jos kuntoutujan sosiaalinen verkosto (perhe, työnantaja, työtoverit jne.) kykenee ja haluaa osallistua näihin ponnistuksiin. Vakavista mielenterveysongelmista kärsivillä on usein vähän henkilökohtaisia suhteita ja perheen ulkopuolista kanssakäymistä. Monet työnantajat ja vuokranantajat esimerkiksi leimaavat psyykkisesti vajaakuntoisia ihmisiä ja syrjivät heitä työllisyys- ja asumisasioissa. Yksi tapa tukea kuntoutusasiakkaita on taistella aktiivisesti tällaista syrjintää vastaan.

### 2.6.4 *Kuntoutuja aktiivisena osallistujana*

Jokaisella kuntoutujalla tulisi olla oikeus ja mahdollisuus omaan elämäänsä liittyvien suunnitelmien ja päätösten tekoon, sillä jopa vakavista psyykkisistä sairauksista kärsivät pystyvät osallistumaan kuntoutusprosessiin. Tämä osallistava lähestymistapa parantaa kuntoutuksen tehoa. Pyrittäessä hyviin kuntoutustuloksiin tärkeintä ei ole tehdä kaikkea asiakkaiden puolesta, vaan antaa heille mahdollisuus suunnitella ja päättää itse. Asiakkaat ovat oman tilanteensa asiantuntijoita, ja kuntoutusta hoitavan ammattilaisen rooli on toimia yhteistyökumppanina ja neuvonantajana. Ammattilaisten tärkeä tehtävä on tukea asiakasta tulevaisuuden suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kuntoutusprosessissa asiakkaiden annetaan kasvaa oman itsenäisyyden kokemuksensa kautta.

### 2.6.5 *Innovatiivinen lähestymistapa*

Kuntoutus on usein ymmärretty vain toimenpiteeksi tai joukoksi toimenpiteitä. Nykyään yleisesti hyväksytyyn käsitykseen mukaan kuntoutus ei ole pelkästään erityistoimenpiteiden tai tekniikoiden yhdistelmä vaan innovatiivinen lähestymistapa, laaja-alainen strategia yksilön toimintakyvyn, tunnetasapainon ja täyden kansalaisaseman palauttamiseksi. Kuntoutus tähtää samanaikaisesti sekä kuntoutujan taitojen ja voimavarojen kohentamiseen että ympäristön ja yhteisön haitallisten vaikutusten ja reaktioiden vähentämiseen. Kuntouttava lähestymistapa näyttää olevan tehokkainta silloin, kun se ottaa huomioon molemmat näkökohdat.



### 2.6.6 *Tavoitteena mielekäs elämä*

Työ ja mielekäs tekeminen ovat tärkeitä kenen tahansa elämässä. Mielekäs toiminta on myös kuntoutusprosessin keskeinen vaikuttaja. Osallistuminen mielekkääseen toimintaan auttaa kehittämään taitoja, pysymään aktiivisena sekä ylläpitämään sosiaalisia kontakteja. Positiiviset kokemukset kohottavat itsetuntoa, voimaantumista ja parantavat itsenäistä selviytymistä. Eteneminen pienin askelin kohti seuraavia elämänvaiheita on useiden kuntoutusprosessien tärkein strategia.

## 2.7 Mielenterveyden seuranta

Euroopan komission terveystilanteen seurantaohjelma aloitettiin vuonna 1997. Sitä edelsi Euroopan unionin kansanterveysvelvoitteiden toteuttamisen tehostaminen. Ohjelman tarkoituksena on ollut *”myötävaikuttaa yhteisönlaajuisen terveyden seurantajärjestelmän perustamiseen”*. Seurantajärjestelmää on rakennettu seuraavia tarkoituksia varten:

- 1) Terveyden, sitä määräävien tekijöiden ja sen kehityksen mittaaminen Euroopan yhteisössä;
- 2) Yhteisön ohjelmien ja toimien suunnittelun, seurannan ja arvioinnin helpottaminen; sekä
- 3) Asiaankuuluvan terveystiedon tuottaminen jäsenvaltioille kansainvälistä vertailua varten ja kansallisen politiikan tueksi.

Terveystilanteen seurantaohjelman toiminnat perustuvat kolmeen pilariin:

A-pilari: Yhteisön terveysindikaattoreiden kehittäminen

B-pilari: Yhteisönlaajuisen verkoston muodostaminen terveystiedon jakamiseksi

C-pilari: Analyysit ja raportit.

Koska ei ole olemassa **terveyttä ilman mielenterveyttä**, mielenterveyden seuranta on terveysseurantajärjestelmän olennainen osa. Mielenterveys mainitaan terveysuoneluohjelmassa otsikolla 'Toimintakyky ja elämänlaatu' eräänä indikaattoreita vaativana alueena. Kaksivuotisen projektin tavoitteena on ollut löytää joukko hyviä ja luotettavia, Euroopan maihin soveltuvia mielenterveyden indikaattoreita.

### 2.7.1 *Terveyden seurantajärjestelmän rakenne*

Terveyden seurantajärjestelmässä indikaattorit on jaettu neljään pääryhmään:

- 1) Demografiset ja sosioekonomiset muuttujat
- 2) Terveydentila
- 3) Terveyttä määrittävät tekijät
- 4) Terveysjärjestelmät.

Seuraavassa esitellään lyhyesti nämä pääkohdat ja mielenterveyden kannalta tärkeät tekijät.

### **2.7.1.1 Demografiset ja sosioekonomiset tekijät**

Useiden demografisten muuttujien on osoitettu olevan yhteydessä henkiseen pahoinvointiin. Tärkeimpiä muuttujia ovat sukupuoli, ikä, siviilisäätö, koulutus, etninen tausta, asuinpaikka ja kaupungistuminen. Alhaisesta sosioekonomisesta asemasta on osoitettu koituvan huonompia terveysvaikutuksia kuin korkeasta asemasta. Syy-seuraussuhteen suunta voi kuitenkin vaihdella erityyppisissä häiriöissä. Yksin asumisen ja työttömyyden on useissa tutkimuksissa osoitettu korreloivan heikentyneen mielenterveyden kanssa. Käytettävissä oleva tieto osoittaa vahvasti, että demografiset ja sosiaalisen stressin tekijät ovat hyödyllisiä arvioitaessa mielenterveysriskejä ja mahdollista väestötasoisien intervention tarvetta.

### **2.7.1.2 Mielenterveyden tila**

Mielenterveyden käsite voidaan jakaa useisiin mitattavissa oleviin, toisiaan täydentäviin dimensioihin. Nämä dimensiot muodostavat ne keskeiset alueet, joille tarvitaan indikaattoreita. Mielenterveydessä erotetaan kaksi pääsuuntaa – negatiivinen ja positiivinen mielenterveys (ks. luku 2.1).

Negatiivista mielenterveyttä voidaan mitata mielenterveyden häiriöillä. Nämä ovat oireiden kasaumia, jotka muodostavat spesifejä diagnoosiryhmiä, kuten vakavat depressiohäiriöt, ahdistushäiriöt, tai muut Kansainvälisessä tautiluokituksessa (ICD-10) luetellut häiriöt. Spesifien psykiatristen oireiden esiintyvyyden mittaamiseen on käytettävissä monia instrumentteja: CIDI:n (*Composite International Diagnostic Interview*) avulla maallikkohaastattelija voi tuottaa tarpeeksi tietoa diagnoosin tekemiseksi (tämä instrumentti on saatavana myös lyhyempänä ja nopeasti toteutettavana versiona CIDI-SF). Toisaalta on olemassa pidemmälle kehitetty SCAN-haastattelu (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) kokeneiden klinikoiden käyttöön.

Psykinen rasittuneisuus, jota tavallisesti mitataan erilaisten oireiden määrällä, muodostuu erilaisista osa-alueista kuten esimerkiksi ahdistuneisuudesta ja masennuksesta. Nämä menetelmät ilmaisevat yleisellä tasolla, onko jossain vikaa – sitä voisi verrata esimerkiksi korkeaan ruumiinlämpöön – mutta ne eivät ilmaise, missä vika piilee. Asteikkoja on helppo käyttää, ja monet niistä on käännetty useille kielille, myös suomeksi. Jotkut kyselyt ovat erittäin lyhyitä, kuten SF-36-kyselyn osana oleva viiden osion asteikko MHI-5. MHI-5 on erittäin käytännöllinen asteikko psyykkisen rasittuneisuuden mittaamiseen, ja se ennustaa hyvin hoidon kysyntää ja käyttöä.

Positiivisen mielenterveyden keskeiset osa-alueet voidaan ryhmitellä monin tavoin. Positiivisella mielenterveydellä on sekä kognitiivisia että mielialaan liittyviä osia. Se voi viitata elämään tyytyväisyyteen, mielialaan tai onnellisuuteen. Sitä voidaan myös tarkastella tekemällä ero 'hyvän mielenterveyden' (tila) ja 'kestävyyden' (piirre) välillä. Hyvä mielenterveys on puhtaasti kuvaava käsite, joka viittaa terveen toiminnan

tasoon ottamatta huomioon rakenteellista haavoittuvuutta sairastua psyykkisesti tai altistumista riskitekijöille. Kestävyys tarkoittaa terveen toimintakyvyn saavuttamista riskitekijöiden olemassaolosta huolimatta.

Positiivista mielenterveyttä omaavat ihmiset osoittavat yleensä myönteisiä persoonallisuuden piirteitä, joita voidaan pitää voimavaroina. Heillä on huomattava määrä itsetuntoa, elämänhallinnan ja eheyden tunnetta (elämä nähdään mielekkäänä ja hallittavissa olevana) ja sisäistä voimaa. Nämä ovat tekijöitä, jotka voidaan määrittää yksilön kyvyksi kestää vastoinkäymisiä, välttää romahduksia ja erilaisia terveysongelmia vastoinkäymisiä kohdattaessa.

On olemassa monia luotettavia ja päteviä välineitä positiivisen mielenterveyden eri alueiden mittaamiseksi. Monet asteikot ovat lyhyitä, ja lomakkeet voi täyttää testattava henkilö itse tai haastattelija.

### **2.7.1.3 Määrittävät tekijät**

Monet tekijät vaikuttavat mielenterveyden tilaan. Näistä tekijöistä voidaan käyttää yhteistä nimitystä 'määrittävät tekijät' (determinants). Tähän ryhmään kuuluvat kaikki terveysjärjestelmien ulkopuoliset terveyttä määrittävät tekijät. Siihen kuuluvat edellä mainitut henkilökohtaiset ja biologiset tekijät, terveyskäyttäytyminen sekä elin- ja työolosuhteet.

Jotkut monimutkaiset muuttujat, kuten sosiaalisen verkoston koostumus ja koettu sosiaalinen tuki, ovat tärkeitä prevention ja terveyden edistämisen näkökulmasta, sillä niihin voidaan vaikuttaa erityisohjelmien avulla. Esimerkiksi sosiaalisen tuen mittaaminen on helppoa, koska suppeita asteikkoja tätä varten on olemassa.

Vaikeat elämänvaiheet, mukaan lukien lapsuuden tapahtumat, ja pitkäkestoiset ongelmat korreloivat vahvasti mielenterveyden eri osa-alueiden kanssa. Voi kuitenkin olla vaikeaa erottaa syitä seurauksista, sillä negatiivinen mielenterveys voi vähentää hallintakykyä ja aiheuttaa häiriöitä elämässä. Toisaalta tiedetään, että suuret elämäntänteet saattavat aiheuttaa mielenterveyden häiriöitä, jotka ilmenevät masennuksena. Siksi olisikin tärkeää mitata riskitekijöiden esiintymistä ja mielenterveyshäiriön alkamista.

### **2.7.1.4 Terveysjärjestelmät**

Tähän pääryhmään kuuluvat terveyspalvelujärjestelmän sekä prevention ja mielenterveyden edistämisen indikaattorit.

Terveysjärjestelmiin kuuluvien mielenterveysindikaattoreiden tulisi kuvata ennaltaehkäisy- ja edistämiprojekteja sekä mielenterveyden palvelujärjestelmän resursseja, käyttöä ja rahoitusta. Tässä yhteydessä voidaan käyttää sellaisia indikaattoreita kuten psykiatristen sairaalapalveluiden käyttö, avohoitokäyntien määrä tai psyykenlääkkeiden myyntiluvut. Erilaisten terveydenhuoltojärjestelmien takia hoidon käyttöä on kuitenkin vaikea verrata eri maiden kesken.

### 2.7.2 *Terveyden seurannan menetelmät*

Väestötason terveyttä voidaan mitata käyttäen kolmea menetelmää:

- 1) Väestöön kohdistuvat kartoitukset, jotka voivat olla joko poikkileikkaus- tai pitkitäiskartoituksia (perustuen seuranta-asetelmaan).
- 2) Järjestelmällinen tiedonkeruu hoidetuista potilaista a) sairaaloissa, b) avohoidossa, c) perusterveydenhuollossa. Useimmista EU-maista löytyy sairaalatason tietoa, joistakin myös avohoidosta, mutta ilmeisesti ei yhdestäkään maasta perusterveydenhuollosta, ainakaan systemaattisesti. Yleislääkäreistä koostuva paneeli, joka antaisi säännöllisesti tietoa omista mielenterveyspotilaistaan, voisi kuitenkin tarjota yhden mahdollisuuden tiedonsaantiin perusterveydenhuollosta. Tämän lisäksi useimmat normaaliväestöön kohdistuvat kartoitukset keräävät tietoa yleislääkärikäynneistä ja erikoissairaanhoidon kuuluvista mielenterveyspalveluiden käynneistä.
- 3) Kuolleisuustietojen käyttö: itsemurhista ja päihteiden käytöstä johtuvaa kuolleisuutta voidaan käyttää mielenterveyden osoittimena. Mielenterveyshäiriöt ovat usein luonteeltaan kroonisia, ja siksi ne aiheuttavat sosiaalista ja henkilökohtaista haittaa ja vauriota, joita sairastavuustiedot heijastelevat paremmin kuin kuolleisuustiedot.

Ahdistus ja masennus vaikuttavat huomattavasti sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyteen ja niistä johtuvaan kuolleisuuteen. Myös tupakointi on liitetty depressiohäiriöihin. Nikotiinilla on osoitettu olevan masennusta lieventävä vaikutus, ja masentuneilla on taipumus tupakoida useammin kuin ei-masentuneilla. Tupakoinnista johtuva keuhkosityöpä onkin merkittävä masennuspotilaiden kuolinsyy. Olisi tärkeää kyetä seuraamaan psykiatrisen sairastavuuden ja kuolleisuuden välisiä yhteyksiä. Tämä ei kuitenkaan näytä mahdolliselta tavanomaisia kuolleisuustilastoja käyttäen. Sekä fyysistä että psyykkistä terveyttä mittaavien kartoitusten toteuttaminen olisi erityisen tärkeää.

Terveydenhuoltojärjestelmä ei ole ainoa mielenterveyden seurannan kannalta olennainen järjestelmä: laillisuusvalvonta- ja sosiaalihuoltojärjestelmät voivat myös kerätä asiaankuuluvaa tietoa. Eräs terveyden seuraamisen lisävaikeuksista EU:ssa lienee, että jäsenvaltioiden sisällä on terveydessä huomattavia alueellisia eroja. Voikin olla parasta kerätä tietoa sekä alueellisella että kansallisella tasolla.

### 2.7.3 *Tietoaineksesta analyysiin*

Tietojen keräämisen lisäksi terveyden seuranta edellyttää käynnistettyjen toimenpiteiden seurantaan tarkoituksena todeta, kehittykö mielenterveystilanne sovittujen toimintalinjojen ja strategioiden mukaisesti ja ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin. Siksi tulisi luoda ohjeet havaittujen kehityskulkujen tulkittamiseksi. Mielenterveysindikaattori liittyy mielenterveyteen, mutta siihen voivat vaikuttaa monet muutkin tekijät; tämän lisäksi indikaattoritkin voivat olla keskinäisessä riippuvuussuhteessa. Terveysindikaattori voidaan käsittää sillaksi terveystieteiden ja tieteen (esim. epidemiologian) välillä.

Lisäksi tarvitaan terveyden ja mielenterveyden käsitteellinen malli tukemaan yksittäisten tai useiden indikaattoreiden osoittaman kehityskulun tulkitsemista.

EU:n Terveystilanteen seurantaohjelman kolmas tavoite on kehittää valmiuksia raportoida mielenterveyden tilasta, sen kehittymisestä ja sitä määrittävistä tekijöistä Euroopassa sekä levittää näin saatua tietoa tehokkaasti maasta toiseen.

Mielenterveysindikaattoreiden ja vakiintuneiden kehityskulkujen analyysi tarjoaa sisällön mielenterveysraporteille tulevaisuuden Euroopassa.

#### 2.7.4 Johtopäätökset

Laaja-alaisen terveyden seurantajärjestelmän tulee kattaa monipuolisesti mielenterveyden osa-alueet:

- I Yksimielisesti määriteltyjen mielenterveysindikaattoreiden tulee kuvata mielen terveyden keskeisiä puolia (esim. tunne-elämän kokemukset ja emotionaalinen kestävyys) sekä sen vuorovaikutuksellisia ja yhteiskunnallisia edellytyksiä tai seurouksia (esim. sosiaalinen ympäristö, hyvinvoinnin taso, elämänlaatu).
- II Järjestelmän tulee olla herkkä reagoimaan ajan myötä tapahtuviin muutoksiin ja kulttuurisiin eroihin.
- III Järjestelmän tulee kattaa erilaiset mielenterveystoimet (mielenterveyden edistäminen; primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventio; ja ylimääräisen kuolleisuuden estäminen).
- IV Mielenterveysindikaattorien tulee sisältyä yleiseen terveydenseurantajärjestelmään. Indikaattorien on tuotettava vertailtavaa ja luotettavaa tietoa mielenterveydestä EU:n eri jäsenvaltioissa. Olisi ihanteellista, jos indikaattorit perustuisivat mahdollisimman pitkälti jo rutiininomaisesti eri maissa kerättyyn tietoon.
- V Järjestelmän tulee sisältää indikaattoreita, jotka kuvaavat mielenterveyspalvelujärjestelmän relevantteja ja toimivia osia.
- VI Järjestelmällä on oltava merkitystä suunnittelussa ja poliittisessa päätöksenteossa.
- VII Kansalaisten osallistuminen ja käyttäjänäkökulma ovat yhä tärkeämpiä mielenterveyden osatekijöitä tänä päivänä. Ne tulee ottaa huomioon, jotta väestön tarpeita voitaisiin tyydyttää mahdollisimman tehokkaasti. Luottamuksellisuus ja asiakkaiden oikeudet tulisi turvata (tietoaineksen tulisi olla anonyymiä ja tiedonsaannin valvottua).

Mielenterveyden seuranta on mahdollista, mutta se ei ole helppoa. Eräs terveystilanteen seurantaohjelman hanke on ehdottanut käytettäväksi mielenterveysindikaattoreiden lyhyttä luetteloa. Joitain esitetyistä indikaattoreista on jo saatavilla useimmissa EU:n jäsenvaltioissa, kun taas jotkut kyselytietoihin perustuvat indikaattorit vaativat jatkokehittelyä. Yhteinen halu harmonisointiin ja konkreettiset toimet tiedonkeruun järjestämiseksi koko Euroopassa ovat ainoa mahdollisuus saada aikaan luotettava mielenterveyden seuranta Euroopan unionissa.

## 3. Hyvien käytäntöjen tunnistaminen

1990-luvulla useissa maissa osoitettiin lisääntyvää kiinnostusta terveydenhuollon ja terveyden edistämisen 'hyviin käytäntöihin'. Erityisesti terveyden edistämisen ja mielen-terveyden edistämisen aloilla on helppo löytää useita syitä siihen, miksi kasvaneen kiinnostuksen myötä myös kansainvälinen yhteistyö on huomattavasti lisääntynyt.

### 3.1 Hyvien käytäntöjen tarve

Monissa maissa on kasvava tarve löytää innovatiivisia ja näyttöön perustuvia ratkaisuja yleisiin terveys- ja sosiaalialan ongelmiin, joista aiheutuu huomattavat yhteiskunnalliset kustannukset. Tietoisuus siitä, että terveyden edistäminen voi tarjota tehokkaita ja edullisia vastauksia näihin ongelmiin, on lisännyt kiinnostusta tällaisten ohjelmien kehittelyyn ja toimeenpanoon vaihtoehtona perinteiselle hoidolle. Tarve kehittää tehokkaita ohjelmia ja preventiivisiä keinoja moninaisten ongelmien, häiriöiden, kohderyhmien ja tilanteiden osalta vaatii kuitenkin suuria ja pitkäaikaisia panostuksia ohjelmien kehittelyyn vuosiksi eteenpäin. Terveyden edistämässä tulosvastuu on noussut merkittäväksi puheenaiheeksi, sillä ohjelmien edellytetään osoittavan vaikuttavuutensa ennen kuin voidaan tehdä päätös niiden laajemmasta levittämisestä tai toimeenpanosta.

Ohjelmia ei kannata arvioida kovin varhaisessa vaiheessa, koska niiden mahdolliset hyvät tulokset eivät usein silloin vielä näy. Interventioista saadaan paras mahdollinen hyöty vasta, kun henkilökunta on koulutettu hyvin ohjelmaan ja saanut työn kautta kokemusta siitä. Ohjelmia on maltettava kehittää kunnolla ennen kuin niistä odotetaan näyttöä. Tämä aiheuttaa usein ongelmia, koska rahoittajat eivät rahoita ohjelmaa ennen kuin sen toimivuudesta on näyttöä, eikä näyttöä saada ennen kuin ohjelmaa on rahoitettu riittävän pitkän aikaa.

Valtioilla ja kunnilla ei ole useinkaan voimavaroja kehittää pitkäjänteisesti terveyden edistämisen ohjelmia. Nyt onkin syntynyt aloitteita hyvien käytäntöjen mallien jakamiseksi eri maiden ja alueiden välillä. Innovatiivisten ja tehokkaiden käytäntöjen ja ohjelmista saadun tiedon jakaminen rajojen yli nopeuttaa laadukkaan terveyden edistämistoiminnan kehittämistä.

### 3.2. Laatuindikaattorit

Vaikka 'hyvän käytännön' ja 'parhaan käytännön' käsitteitä käytetään paljon, ne on huonosti määriteltä. Mielenpitoet siitä, miksi olemassa olevia ohjelmia pidetään esimerkkinä 'hyvästä käytännöstä' tai jopa 'parhaasta käytännöstä' vaihtelevat huomattavasti kansantokannasta riippuen. Käyttäjiä esimerkiksi kiinnostaa eniten uusien ohjelmien käyttökelpoisuus ja niiden innovatiivinen arvo verrattuna olemassa oleviin käytäntöihin. Tutkijat

– ja nykyisin myös päätöksentekijät ja rahoittajat – edellyttävät ohjelmien perustuvan näyttöön ja täyttävän muut laatuvaatimukset ennen kuin niitä levitetään ja käytetään laajemmin. Määritelmät siitä, mikä on hyväksyttävää näyttöä tuloksista tai mitä voisi kutsua ’menestyksekkääksi’ tai ’laadukkaaksi’ ovat vakiintumattomia. Laatu on vain arvostelma siitä, miten erikseen määritellyt standardit täyttyvät niiden tyypistä riippumatta.

Hyvien käytäntöjen levittämiseksi ja niiden laaja-alaisen käytön edistämiseksi on esitetty seuraavat kriteerit:

1. Näyttöön perustuvat tulokset
2. Tuloksia ennustavien tekijöiden olemassaolo
3. Toteutettavuus
4. Siirrettävyys
5. Relevanssi
6. Pysyvyys.

### ***Näyttöön perustuvat tulokset***

Mielenterveyden edistämistoimien laadun kriteeri on viime kädessä se, kuinka hyvin nämä toimet vaikuttavat, eli kuinka hyvin niiden avulla pystytään saavuttamaan tavoitellut lopputulokset. Tavoitellut tulokset ovat hyvin erilaisia, ja niihin pyritään toimenpiteillä, jotka saavat aikaan toiminnallisesti toisiinsa liittyvän vaikutusten ketjun. Mielenterveyden edistäminen kouluissa – esimerkiksi elämäntaitojen opettaminen – tähtää pääasiallisesti parempien elämäntaitojen hankkimiseen. Voisi olettaa että seurausena olisi muitakin muutoksia, esimerkiksi lasten depression ja aggression väheneminen, paremmat oppimissaavutukset ja vähemmän koulunsa keskeyttäneitä sekä toisaalta parempi menestys työelämässä varhaisen aikuisuuden aikana. Tällaiset mielen­terveyden parannukset ja ongelmakäyttäytymisen väheneminen voivat myös tuoda taloudellisia hyötyjä (esim. vähemmän kustannuksia nuorisorikollisuudesta tai toimeentulotukitarpeen vähenemisestä). Lopputulosten pidempi kehityskaari ei edes ehkä ala oppilaista, vaan opettajissa ja koulupolitiikassa tapahtuvista muutoksista opettajankoulutuksen tuloksena. Ohjelmaan osallistujilla (opettajat, vanhemmat, oppilaat, mielen­terveyspalvelut, valtion laitokset) voi olla erilaiset käsitykset onnistumisesta, koska ne ovat kiinnostuneita erilaisista tuloksista tai ’tuloshierarkian’ eri portaista.

Mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevien toimenpiteiden tuloksia voidaan arvioida useilla ulottuvuuksilla. Ensiksikin tulokset voidaan ryhmittää sen mukaan miten ne sijoittuvat *välittävien tekijöiden ja lopullisten vaikutusten ketjussa (tuloshierarkia)*, kuten edellä olevassa esimerkissä. Tämän ulottuvuuden mukaan tulokset voivat viitata muutoksiin seuraavissa asioissa:

1. mielen­terveyden tai sen häiriöiden sosiaalisissa, psykologisissa tai biologisissa määrit­teissä (esim. stressaavat tilanteet, tukea tarjoavat ympäristöt, riskikäyttäytyminen, neurologiset häiriöt);
2. mielen­terveyden positiiviset indikaattorit (esim. itsetunto, ongelmanratkaisukyvyt);

3. koetut mielenterveysongelmat;
4. mielenterveyden häiriöiden alkuperä, kesto tai vaikeusaste (esim. masennus, psykoosi);
5. paremmasta mielenterveydestä johtuva fyysinen terveys (esim. verenpaine, vastustuskyky);
6. sosiaaliset tulokset (esim. opinnoissa menestyminen, nuorisorikollisuuden vähentyminen, sosiaalinen tasa-arvo); sekä
7. taloudelliset tulokset (esim. pienentynyt toimeentulotuen tarve, kohonnut tuottavuus).

On tärkeää huomata, että yksittäinen toimenpide voi johtaa erilaisiin tuloksiin, joista kukin vastaa eri osapuolten tarpeita ja etuja. Esimerkiksi sosiaaliset ja taloudelliset tulokset korostavat hyvän mielenterveyden sosiaalista ja yhteiskunnallista arvoa.

Eräs usein huomiotta jätetty tekijä on ohjelman **tavoittavuus** (reach) kohderyhmässä. Ohjelma voi olla erittäin tehokas siihen osallistuneille, mutta jos sillä tavoitetaan vain osa kohderyhmästä, lopullinen vaikutus mielenterveysongelmaan yhteisössä jää vähäiseksi. Näin käy esimerkiksi silloin, kun ryhmätoimia tai kursseja järjestetään henkilöille, joilla on jonkin yleisen häiriön (esim. masennus) riski. Siksi ohjelmien ja toimenpiteiden tuloksia mitattaessa tulisikin ottaa huomioon sekä tehokkuus että tavoittavuus.

Ohjelmien laatua voidaan myös mitata vertaamalla tuloksia kustannuksiin. Ohjelman **kustannustehokkuus** ilmoittaa kustannukset suhteessa vaikutusyksikköön, esimerkiksi kustannukset per estetty nuorten depressio. Kahta ohjelmaa voidaan verrata sen mukaan, kumpi saavuttaa samanlaisen tuloksen taloudellisemmin, tai jos ohjelmat ovat yhtä kalliita, kumpi on tuloksellisempi. **Kustannus-hyöty-analyysi** vertaa ohjelman hyötyjen rahallista arvoa siitä aiheutuneisiin kuluihin.

Myös ohjelmien ja toimenpiteiden **negatiiviset tulokset**, esimerkiksi kielteiset sivuvaikutukset tai jopa odotustenvastaiset tulokset, tulee ottaa huomioon. Näyttöä ohjelmien negatiivisista lopputuloksista saadaan sekä määrällisistä että laadullisista ohjelma-analyysistä. Tänä päivänä yhä useammat tutkimukset arvioidaan tulosarvioinnin yhteydessä myös eettisesti.

Usein kiistelty tuloksia koskeva kysymys on **näytön aste**, joka liittyy ohjelmien ja toimenpiteiden oletettuun vaikuttavuuteen. Kansainväliset järjestöt (esim. *Society for Prevention Research*; SPR ja *International Union for Health Promotion and Education*; IUHPE) ovat kehittäneet näytön asteen standardeja. Vaikka selkeiden standardien tarve on yleisesti tuotu esiin, vallitsee erimielisyyttä siitä, millaisia standardeja tarvitaan. Kaksi pääkysymystä kuuluu: 1) Millaista tutkimusmenetelmää tulee käyttää sen toteamiseksi, että tulokset ovat 'näyttöön perustuvia' ja 2) kuinka usein tällaiset tutkimukset tulee toistaa eri paikoissa näytön pitävyyden toteamiseksi?

Ensimmäinen kriteeri viittaa *tutkimusasetelman laatuun* ja sen mahdollisuuteen vähentää tulosten väärintulkinnan riskiä. Kliinisessä tutkimuksessa satunnaistettua koetta (randomised controlled trial) pidetään parhaana menetelmänä pyrittäessä tuottamaan näyttöön perustuvaa tietoa tuloksista. Satunnaistaminen on keino vastata moniin epävarmuustekijöihin, jotka liittyvät arviointitutkimusten johtopäätösten validiteetin



määrittelyyn. Monet terveydenedistämisen ja prevention tulostutkimukset ovat käytäneet tätä menetelmää, jopa satunnaistaen yhteisöjä, kouluja ja koululuokkia, mutta tämän menetelmän käyttökelpoisuus terveyden edistämässä on kiistanalainen. (Nutbeam 1999; Tones 1998).

Vaikka satunnaistettua kontrolloitua koetta pidetäänkin kaikkein pätevimpänä kliinisten tutkimusten asetelmana, monet eurooppalaiset terveyden edistämisen tutkijat ovat sitä mieltä, että vaikuttavuusnäyttö heidän alallaan vaatii sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmetodeja. Tietoainekseen monipuolinen hankinta eri lähteistä ja kriittinen keskustelu lopputuloksia koskevien johtopäätösten mahdollisista virhelähteistä voivat tarjota ulospääsyn tästä metodologisesta ongelmasta.

Toinen mielenterveyden edistämisen vaikuttavuutta koskevan näytön kriteereistä on *varmuus vaikuttavuudesta*.<sup>9</sup> Positiivisten löydösten toistaminen eri paikoissa, yhteisöissä ja jopa eri maissa on välttämätöntä, kun päätetään, onko ohjelma valmis yleiseen käyttöön.

### ***Tuloksia ennustavien tekijöiden olemassaolo***

Jos näyttöä ohjelman tuloksista ei ole olemassa, positiivisten tulosten todennäköisyyttä voidaan arvioida analysoimalla tulosta ennustavia tekijöitä. Kaksi ennustavien tekijöiden ryhmää on tässä mielessä erityisen kiinnostavia: 1) ohjelman ominaisuudet ja 2) ohjelman kehittäminen.

Esimerkkejä ohjelmaan liittyvistä tulosta ennustavista tekijöistä ovat:

- selkeästi määritellyt ja testattavissa olevat lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet;
- selkeästi rajatut kohderyhmät;
- heterogeenisten kohderyhmien erottaminen;
- erilaisten tarpeiden huomiointi;
- motivaation lisäämiskeinojen ja palautemekanismien käyttö;
- vuorovaikutukselliset ohjelmat;
- tehokas ajoitus (esim. kehityksen kannalta herkat ajanjaksot);
- riittävän pitkä kesto ja intensiteetti;
- useita osioita sisältävät ohjelmat (esim. monitekijäisyys, monimenetelmäisyys, monijärjestelmäisyys, monitasoisuus); sekä
- jatkointerventioiden käyttö (esim. tehostekerrat).

9 Kuvatussaan näyttöön perustuvaa varmuutta vaikuttavuudesta arviointitutkimusten tekijät tekevät eron 'tehokkuuden' ja 'vaikuttavuuden' välillä. *Tehokkuus* viittaa ohjelman näyttöönperustuviin tuloksiin, kun se pannaan toimeen verrattain ihanteellisissa ja kontrolloiduissa olosuhteissa. *Vaikuttavuus* viittaa siihen, missä määrin tällaiset ohjelmat vielä tuottavat positiivisia tuloksia, kun ne pannaan täytäntöön laaja-alaisemmin käytännön tilanteissa ja selvästi vähemmän kontrolloiduissa oloissa. On yleisesti tunnettua, että jälkimmäisissä tilanteissa on vaikeampaa toistaa tehokkuustutkimuksissa saatuja vaikutuksia. Mielenterveyden edistämässä sekä psyykkisten ja käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyssä vain harvat ohjelmat osoittautuvat 'vaikuttaviksi'. Mielenterveyden edistämishjelmien määrä, joiden tehokkuudesta on vakuuttavaa näyttöä, on kuitenkin kasvanut nopeasti (Mrazek ja Haggerty 1994; Albee ja Gullotta 1997; Greenberg ym. 1999). Suurinta osaa mielenterveyden edistämiskäytännöistä ei ole kuitenkaan testattu tulosten osalta, seikka joka puoltaa tarvetta hyvin suunniteltujen tulostutkimusten tekemiseen.

Esimerkkejä tulosta ennustavista tekijöistä, jotka liittyvät ohjelman kehittäelyprosessiin:

- ohjelman vaiheittainen kehittäely;
- ohjelma on teorian ohjaama, ja perustuu epidemiologiseen tai muuhun relevanttiin tietoon;
- ohjelman taustalla ovat perättäiset kokeilut, prosessievaluatio ja kehittelyn aikana parannetut versiot.

Näyttöön perustuvien tulosta ennustavien tekijöiden ('periaatteiden') tunnistaminen on yhä verrattain uusi tutkimusalue, johon nykyisin kohdistuu kasvavaa huomiota. Tämän tyyppinen tutkimus käsittelee kysymystä, miksi ohjelmat toimivat tai eivät toimi. Tämän tutkimusalueen tulokset ovat keskeisiä suuntaviivojen luomiseksi terveyden edistämisen ja prevention tehokkaille käytännöille ja toimintalinjoille.

### 3.3 Tehokkaan levittämisen kriteerit

Näyttöön perustuvat tulokset eivät yksin ole riittävä peruste, kun valitaan malliohjelmiä tai päätetään niiden laaja-alaisesta toteuttamisesta. Ohjelmien menestyksellinen levitys ja toimeenpano ovat mahdollisia vain, jos ohjelmiin sisältyy lisäpiirteitä, jotka heijastelevat niiden toteutettavuutta, siirrettävyyttä, relevanssia ja pysyvyyttä.

Toteutettavuudella viitataan siihen, millaiset mahdollisuudet ovat olemassa ohjelman menestykselliseen toteuttamiseen. Toteutettavuuteen liittyy ohjelman tai toimenpiteen aiempi menestyksellinen käyttäminen eri paikoissa, kokemukset siitä; että yhteisö tukee ja osallistuu ohjelmaan ja on siihen tyytyväinen. Taloudellisten ja henkilökohtaisten kustannusten kohtuullisuus sekä ohjelman kohtalainen yksinkertaisuus helpottavat sen toteutettavuutta. Kun ohjelmaa tarjotaan laajempaan käyttöön, siitä on laadittava hyvä kuvaus, johon sisältyvät tiedot mm. ohjelman vaatimista voimavaroista, niin taloudellisista kuin henkilöresursseistakin, sekä kuvaus olosuhteista, joissa ohjelma on aikaisemmin menestyksellisesti toteutettu. Näin mahdolliset ohjelman uudet käyttäjät voivat arvioida ohjelman ja sovittaa sen omien resurssiensa mukaiseksi.

Toinen tärkeä seikka malliohjelman valitsemisessa on sen *siirrettävyys*, jota voidaan arvioida sellaisilla indikaattoreilla kuten kirjallisen ohjelmakuvauksen ja -käsikirjan saatavuus, siirrettävissä olevat materiaalit (esim. esitteet, työkirja, video, koulutusaineisto), tilaisuus seurata ohjelmaa käytännössä (seurattavuus) ja tilaisuus ohjelman suunnittelijoiden tai kokeneiden toimeenpanijoiden järjestämään koulutukseen ja neuvontaan.

Ollakseen houkuttelevia uusille käyttäjille ohjelmien on sovittava juuri heidän ympäristöönsä ja tarpeisiinsa. Ohjelmat ovat valmiita käyttöön otettaviksi, kun ne vastaavat tunnistettuihin kansanterveystarpeisiin ja tarjoavat lisäarvoa olemassa oleviin käytäntöihin nähden. Siksi malliohjelmien laatuindikaattoreita ovat myös niiden *sopivuus kansanterveystyöhön* sekä niiden *innovatiivisuus*.

Malliohjelmien kohdalla usein esitetty kysymys on, kuinka tärkeää on ohjelman *toistotarkkuus* vastakohtana ohjelman *uudelleenkeksimiselle*. Toistotarkkuuden kannattajien mukaan toisissa olosuhteissa tehtävät muutokset malliohjelmaan heikentävät sen tehoa huomattavasti. Jotta olennaisia elementtejä ei menetettäisi ja jotta aikaisemmin löydettyjen vaikutusten toistuminen voitaisiin turvata, näyttöön perustuvat ohjelmat tulee toimeenpanna standardoidulla tavalla. Toisaalta ohjelman muokkaamisen tai uudelleenkeksimisen kannattajat toteavat muutosten olevan välttämättömiä, jotta ohjelmat saadaan mahdollisimman hyvin sopimaan paikallisen kohderyhmän kulttuuriin, tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Heidän mielestään malliohjelman koskemattomuuden kunnioittaminen on ristiriidassa menestyksellisen terveydenedistämisen periaatteiden kanssa (esim. omistajuus, räätälöinti). Tämä ristiriita voidaan ratkaista, kun malliohjelman kuvaus sisältää sovellettujen periaatteiden, muutosmekanismien ja muiden sen tehon ja vaikuttavuuden kannalta tärkeiden elementtien määrittelyt. Se sallii ohjelman teoriaohjatun uudelleenkeksimisen 'tietyissä rajoissa'. Tällaisen määrittelyn olemassaoloa voidaan pitää myös laatuindikaattorina. Tämä korostaa edellä käsiteltyjen tulosta määräävien tekijöiden määrittelemistä ja niiden liittämistä ohjeistukseen.

Lopuksi, jotta saataisiin aikaan merkittävä vaikutus kohderyhmien mielenterveyteen kokonaisuudessaan, on tärkeää, että ohjelmat ovat pysyviä. Tämä tarkoittaa sitä, että vaihtelevien ja lyhytkestoisten trendien tuloksena syntyneitä ohjelmia tulisi välttää. Pysyvyyden indikaattoreita on mm. se kuinka pitkään ohjelmaa on käytetty, onnistuneet esimerkit ohjelmien liittamisestä osaksi kansallista tai paikallista toimintaa tai koulu- tai työpaikkakohtaisiin terveydenedistämishjelmiin sekä näyttö ohjelmalle osoitetusta pitkäaikaisesta rahoituksesta.

Monia näyttöön perustuvia mielenterveyden edistämishjelmiä on siirretty maasta toiseen ja toimeenpantu muissa maissa kuin niissä, joissa ne alun pitäen kehitettiin ja testattiin. Ohjelmien kansainvälistä vaihtoa lisätään koko ajan esimerkiksi *Mental Health Europen* piirissä, joka on Euroopan komission tuella toteuttanut hankkeen "*Alle 6-vuotiaiden lasten mielenterveyden edistäminen*". Hankkeessa tunnistettiin ja kuvattiin 195 mielenterveyden edistämishjelmaa alle kuusivuotiaille lapsille 17 Euroopan maassa. Jokaisen ohjelman kehittäjien ja toteuttajien yhteystiedot olivat kaikkien vastaavissa ohjelmissa työskentelevien käytettävissä koko Euroopassa, mikä mahdollisti yhteistyön verkottumisen. Myös muut kansainväliset järjestöt ja eurooppalaiset verkostot ovat parhaillaan aktiivisesti tunnistamassa ja levittämässä hyviä käytäntöjä ja malliohjelmiä. Esimerkiksi *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)* -järjestö ja Euroopan komissio ovat hiljattain julkaisseet raportin, joka koskee näyttöä terveyden edistämisen vaikuttavuudesta; raportti tarjoaa katsauksen näyttöön perustuviin ohjelmiin, mukaan lukien mielenterveyden edistäminen, terveyden edistäminen kouluissa ja työpaikoilla sekä nuorison parissa koulujen ulkopuolella (IUHPE 1999).

Kansainvälinen *Society for Prevention Research* -järjestö on käynnistänyt maailmanlaajuisen näyttöön perustuvia preventio- ja terveydenedistämiskokeiluja koskevan luokituksen ja rekisteröinnin. Valmistuttuaan järjestelmä tarjoaa laajasti käytettävissä

olevan tietokannan ja seurantajärjestelmän, joka antaa tietoa tehokkaiden ohjelmien asetelmista, niiden tuloksista, laadusta, kansainvälisestä soveltamishistoriasta sekä tietoa niistä tehdyn arviointitutkimuksen luonteesta ja laadusta.

## 4. Esimerkkejä hyvistä käytännöistä

### 4.1 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistämishjelmia on järjestelmällisesti kehitetty ja arvioitu yli kolmenkymmenen vuoden ajan. Kontrolloidut tutkimukset, joita on tehty useita satoja tänä aikana, ovat tuottaneet monia hyviä tuloksia. (Bosma ja Hosman 1990; Price ym. 1988; Mrazek ja Haggerty 1994; Albee ja Gullotta 1997; Durlak ja Wells 1997; Weare 2000). On saatu runsaasti empiiristä näyttöä siitä, että mielenterveyden edistämishjelmat pysyvät lisäämään henkistä kestäkykyä ja sellaisia mielenterveyden osatekijöitä kuten

- itsetunto
- ongelmanratkaisukyvyt
- stressin ja konfliktien hallintataidot
- elämänhallinnan ja omavoimaisuuden tunne
- sosiaalinen käyttäytyminen
- mielenterveyttä edistävä kouluilmasto, sekä
- sosiaalinen tuki stressaavassa tilanteessa.

Positiiviseen lopputulokseen voidaan päästä myös vähentämällä eräitä tervettä henkistä kehitystä uhkaavia riskitekijöitä kuten

- alhainen syntymäpaino
- syntyminen keskosena
- vanhemmuuden puutteet
- varhaisen kiintymisen ja vanhempien osoittaman hellyyden puute
- lapsen pahoinpitely ja laiminlyönti
- teiniraskaudet
- aggressio, sekä
- jatkuvan kiusaamisen kohteeksi joutuminen.

Mielenterveyden edistämisestä on osoitettu olevan myös monia näyttöön perustuvia tuloksia, kuten:

- opiskelumenestyksen paraneminen
- avioerojen väheneminen
- perheväkivallan väheneminen
- nuorisorikollisuuden väheneminen
- vähäisempi sosiaalipalveluiden käyttö, sekä
- tuottavuuden kasvu ja tuotannonmenetysten väheneminen.

On myös viitteitä siitä, että mielenterveyden edistäminen voisi lisätä muiden terveydenedistämistoimien positiivisia tuloksia, esimerkkinä tupakointia ja alkoholia koskeva tiedotus.

#### 4.1.1 *Lapsen syntymään liittyvä valistus vanhemmille*

Tämä projekti on toistuvasti todettu vaikuttavaksi avohoidon valistusohjelmaksi vanhemmille (Olds 1997). Kaksivuotinen ohjelma, joka alkaa jo ennen lapsen syntymää, on suunnattu riskiryhmiin kuuluville äideille: erityisesti pienituloisille, teiniäideille ja yksinhuoltajille. Ohjelma kannustaa äitejä kotikäyntien avulla terveelliseen, syntyvän lapsen huomioon ottavaan käyttäytymiseen raskausaikana. Se auttaa parempaan vanhemmuuteen ja tukee äidiksi kasvamista. Tässä projektissa terveydenhoitajat ovat kahden ja puolen vuoden aikana vierailleet keskimäärin 31 kertaa äitien kotona. Kaksi vuotta synnytyksen jälkeen tehty satunnaistettu kontrolloitu tutkimus osoitti lasten pahoinpitelyjen vähentyneen 19 % verrokkiryhmässä ja 4 % korkean riskin preventio-ryhmässä. Tupakoivien äitien ohjelma johti keskossyntymien vähenemiseen 75:llä prosentilla ja selvään alhaisen syntymäpainon vähenemiseen (400 grammaa). Keskosuus ja alhainen syntymäpaino kuuluvat psykiatrisiin riskitekijöihin. Toisena vuonna syntymän jälkeen inteventioryhmässä todettiin 40 % vähemmän lääkäriissä käyntejä vammojen tai ruoansulatusvaivojen takia. Tämän lisäksi pienituloisten ja yksinhuoltajaäitien interventioryhmä osoitti parempaa elämänhallintaa, korkeampia koulunpäättölukuja sekä 42:n prosentin pudotusta uusintaraskauksissa seuraavan neljän vuoden aikana. Lasten ollessa nelivuotiaita nämä pienituloiset perheet tulivat maksamaan valtiolle 3313 dollaria vähemmän kuin verrokkinsa (Olds 1997).

#### 4.1.2 *Lasten aggressioiden vähentäminen*

Monia preventio- ja mielenterveyden edistämishoelmia lasten aggressioiden vähentämiseksi kehiteltiin 1990-luvulla. Nämä ohjelmat ovat osoittautuneet erittäin tehokkaiksi vähentämään lasten aggressiokäyttäytymistä ala-asteella ja siirryttäessä yläasteelle (Greenberg ym. 1999). Useimmissa ohjelmissa ohjelmaan osallistuville opetetaan erilaisia taitoja tavoitteena muuttaa lasten, vanhempien ja opettajien käyttäytymistä. Jotkut ohjelmat puuttuvat koulujärjestelmään kokonaisuudessaan.

Seuraavat esimerkit valaisevat näitä kouluissa käynnistettyjä ohjelmia joilla on pyritty vähentämään aggressiota ja kehittämään sosiaalista käyttäytymistä:

Kahdestatoista tilaisuudesta koostuva kouluohjelma 9–12-vuotiaille pojille, jossa heille opetettiin vihan hallitsemista (tunteiden tunnistaminen, itsehillintä), tavoitteenasettelua ja ongelmanratkaisutaitoja, osoitti vähäisempää häiriö- ja aggressiokäyttäytymistä verrokkeihin nähden (Lochman ja Wells 1996).

Eräässä toisessa ohjelmassa, joka toteutettiin 53 koulussa Montrealissa, käytettiin vanhemmille suunnatun valistuksen ja sosiaalisen opetuksen yhdistelmää aggressiivisille 7–9-vuotiaille. Tuloksena oli tappeluiden väheneminen, ongelmien lieveneminen, sopeutuvampi käyttäytyminen ja vähemmän itse ilmoitettuja pahantekoja lasten ollessa 12-vuotiaita (Tremblay ym. 1996).

Selvää aggressiivisen käyttäytymisen vähenemistä, parempaa ongelmanratkaisukykyä ja sosiaalisempaa selviytymistä havaittiin myös ala-asteen riskiryhmään kuuluvissa oppilaissa, jotka osallistuivat vertaisryhmätaitojen opetukseen (Printz ym. 1994) ja tavallisissa ala-asteen oppilaissa, jotka osallistuivat ns. PATH-opetusohjelmaan viiden kouluvuoden ajan (Greenberg ja Kusche 1998).

On olemassa myös näyttöä siitä, että aggressiivista käyttäytymistä voidaan vähentää jo aikaisemmin lapsuudessa, esim. kotikäynneillä sellaisten päiväkotilasten luona, joilla on antisosiaalisen käyttäytymisen ensioireita. Tällaisista varhaisvaiheen interventiosta saadut vakuuttavat pitkän aikavälin tulokset on osoitettu ns. *Perry Preschool Program* -ohjelmassa (Schweinhart ja Weikart 1988; Weikart ja Schweinhart 1997). Tässä ohjelmassa 3–4-vuotiaille lapsille tarjottiin kahden vuoden ajan opetusta aktiivisessa oppimisessa ja ongelmanratkaisussa yhdistettynä vanhempien opastamiseen kotikäynnein ja opettajankoulutuksen avulla. Pitkittäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus osoitti muun muassa seuraavat tulokset: vähemmän kehitysviivästyksiä, paremmat oppimistulokset ja vähemmän koulunlopettamisia. Yhdeksätoistavuotiaana alhaisemmat putkaanjoutumis- ja pidätysluvat (31 % vs. 51 %), vähemmän työttömyyttä (32 % vs. 59 %) ja vähäisempää sosiaalitukien käyttöä verrokkeihin nähden. Vieläpä 27-vuotiaana tässä ryhmässä oli löydettävissä näyttöä merkitsevistä positiivisista tuloksista, kuten esimerkiksi alhaisemmat pidätysluvat huumeidenvälittämisen takia (7 % vs. 25 %), enemmän omistusasujia (36 % vs. 13 %) ja 2000 dollaria ylittävät kuukausitulot (75 % vs. 29 %). Yhdeksätoistavuotiaana yhteiskunnalle koituvat hyödyt (esim. vähemmän sosiaalitukia, erityisopetusta, rikoksista aiheutuvia kustannuksia) ylittivät jo kuusinkertaisesti ohjelman kustannukset.

### 4.1.3 Työttömyys

Työttömyyden, erityisesti sen pitkittyessä ja johtaessa taloudelliseen ahdinkoon, on todettu olevan riski mielenterveydelle. Niinpä työttömien mielenterveyden edistäminen voisi helpottaa heidän paluutaan työelämään paremman henkisen terveyden ja pienemmän mielenterveyshäiriöriskin (esim. masennus) myötä. Eräs esimerkki on ns. *JOBS*-ohjelma, jonka kehitti Michiganin preventiotutkimuskeskus. Ohjelmaan sisältyy noin viikon kestävä puolipäiväinen koulutus työttömille. Osanottajat oppivat joukon taitoja, kuten esimerkiksi työpaikan etsimistä, kommunikaatiokykyä, kykyä selvittää emotionaalista ongelmista ja takaiskuista sekä voimaantumisen kokemusta. Ohjelman on toistuvasti osoitettu olevan tehokas sosiaalisten ja henkisten tekijöiden kohentamisessa, työttömyyden vähentämisessä ja uusien depressiojaksojen ehkäisemisessä. Korkean depressioriskin työttömien joukossa kurssi vähensi vakavien depressioiden määrää kaksi ja puoli vuotta intervention jälkeen 39:stä 25:een prosenttiin preventioryhmässä. Tätä ohjelmaa ollaan ottamassa käyttöön useissa Yhdysvaltain osavaltioissa, joissain Euroopan maissa ja myös Kiinassa ja Koreassa. Kustannushyötytutkimuksen mukaan ohjelmasta koitui viiden vuoden aikana 12 619 dollarin nettohyöty osanottajille.

## 4.2 Mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy

Ennaltaehkäiseviä malleja koskevaa kirjallisuutta on tarjolla paljon (esim. Mrazek ja Haggerty 1994). Seuraavassa käsitellään kahta onnistunutta ennaltaehkäisymallia.

### 4.2.1 *Yksinäisten nuorten äitien tukeminen*

Englannissa toimiva ”Newpin”-järjestö tarjoaa ystävyyttä ja tukea yksinäisille ja masentuneille pienten lasten äideille. Järjestön toiminnan tarkoituksena on nostaa äitien itsetuntoa, auttaa heitä pääsemään irti tuhoisista perhesuhdekaavoista sekä estää lasten pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä. Uusi tulokas saa parin toisesta Newpin-äidistä, joka on osallistunut hankkeeseen jonkin aikaa. Toiveena on, että tämä ystävyys kannustaisi uutta jäsentä tulemaan Newpin-keskukseen säännöllisesti. Keskus tarjoaa kohtauspaikan, jossa voi tavata muita Newpin-äitejä lapsineen. Keskuksen vieressä on lastentarha, jossa lapset voivat leikkiä valvotuissa oloissa. Se tarjoaa myös strukturoidun minuuden ja lapsen kehitystä koskevan valistusohjelman sekä viikoittaisen psykoterapiaryhmäohjelman.

Keskinäinen huolenpito ja lämpö sekä pistäytymispaikan kannustava ja kodinomaisen tunnelma tähtäävät naisten itsetunnon kohentamiseen ja epäsuorasti siihen, että he voisivat osoittaa enemmän kiintymystä ja hoivaa lapsilleen. Kyseessä on pitkälti kasvuun ja kehitykseen perustuva malli naisten itsekunnioituksen rakentumiseksi ja heidän lastensa tarpeiden tukemiseksi.

Newpinin tarkoituksena on tarjota ennaltaehkäiseviä toimia, joilla voidaan

- a) antaa naisille mahdollisuus käsitellä edessä olevia kriisejä masentumatta
- b) luoda ja parantaa läheisiä, luottamuksellisia ja kestäviä suhteita
- c) edistää selviytymisstrategioita
- d) kohentaa äitien kykyjä vanhempina
- e) estää lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa.

Newpin ohjelmaa on arvioitu (Pound & Mills 1985; Cox ym. 1990) jotta voitaisiin osoittaa, saavuttaako se kohderyhmänsä, parantaako se tuen laatua ja saatavuutta, onko se tuonut mielenterveydellistä hyötyä äideille ja näkyvätkö nämä seikat parempana äiti-lapsisuhteena. Arvioinnissa todettiin toimintaan osallistuneiden henkilöiden itsetunnon, itseluottamuksen, ihmissuhteiden ja vanhemmuuden kohentuneen.

### 4.2.2 *Masennuksen ehkäisy*

San Franciscossa toteutetussa masennuksen ehkäisyä koskevassa tutkimuksessa (Muñoz ym. 1995) järjestettiin preventiota koskeva satunnaistettu kontrolloitu koe



150:lle perusterveydenhuollon potilaalle, jotka oli valittu kognitiivis-behavioraaliseen interventioon. Alkuseulonnan jälkeen kokeiluun valitut henkilöt osallistuivat kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä käsittelevälle kurssille voidakseen paremmin hallita omia mielialan vaihteluitaan.

Kurssi koostui kahdeksasta istunnosta, joita pidettiin kaksi tuntia viikossa. Ryhmään kuului enintään kymmenen osallistujaa, ja sitä johti tohtorintutkinnon suorittanut psykologi. Kurssimateriaali suunniteltiin henkilöille, jotka eivät kärsineet kliinisestä depressiosta.

Kurssin ohjelmaan kuului depression esittelyä, sosiaalisen oppimisen teoriaa, itsehallinnan malleja siitä, kuinka ajatukset, toimet ja ihmissuhteet vaikuttavat mielialaan; miten tunnistaa ja muuttaa ajatuksia, toimia ja ihmiskontakteja, jotka eniten vaikuttavat mielialaan; kuinka määritellä muuttuuko mieliala joidenkin ajatusten, käyttäytymisen tai kontaktien lisäämisen tai vähentämisen myötä; sekä rentoutusharjoituksia ja elämäntavoitteiden suunnittelua. Interventioon osallistuneilla esiintyi selvästi vähemmän depressiota kuin verrokkiryhmässä.

Samaa interventiota on kokeiltu eurooppalaisessa, monen keskuksen yhteistyönä toteutetussa ODIN-hankkeessa (*Outcome of Depression International Network*), jossa menetelmää sovellettiin masentuneisiin henkilöihin, jotka oli seulottu esiin normaali väestöstä. Seuranta osoitti positiivisia vaikutuksia depressio-oireisiin ainakin lyhyellä aikavälillä verrattuna ryhmään, johon ei kohdistettu mitään erityistä interventiota (Dowrick ym. 2000).

## 4.3 Itsemurhien ehkäisy

Esimerkit suomalaisesta itsemurhien ehkäisyohjelmasta osoittavat, että itsemurhien ehkäisemiseksi on mahdollista kehittää tehokkaita ja innovatiivisia toimia.

### 4.3.1 Kansallisen ohjelman strategia ja toteutus

Suomalaisen ohjelman strategisia peruseriaatteita olivat seuraavat:

- valtakunnallinen toteutus;
- tärkeimmät sektorit mukaan;
- tosielämän tilanteista lähteminen;
- tavoitteena käytännöllisten mallien kehittäminen; sekä
- toiminta yhteistyöprosessien kautta: projektissa kehitettiin ns. kehittävän asiantuntijayhteistyön menetelmä.

Eri aloilla omaehtoisesti alkaneiden toimintojen lisäksi virisi noin kolmekymmentä käytännön ohjelmaa projektin ja eri organisaatioiden välillä vastauksena strategiassa kuvattuihin periaatteisiin (Itsemurhan voi ehkäistä 1992).

*Esimerkki: kolme lapsiin ja nuorisoon kohdennettua osahanketta*

Ohjelmia suunniteltaessa ja toteutettaessa noudatettiin kolmea strategista periaatetta: 1) kokonaisten ikäluokkien tavoittaminen, 2) kokonaisvaltaiset tavoitteet ja 3) yhteistyöhön perustuva toimintastrategia. Suomessa parhaiten lapset ja nuorison tavoittavat koulu, armeija ja kirkko. Koulussa koko ikäluokka voidaan tavoittaa monen vuoden aikana, armeijassa 85 prosenttia ja kirkossa 90 prosenttia ikäluokasta, joskin vain lyhyen aikaa. Jokaisella sektorilla toimintojen pääpaino oli kriisitilanteista selviytymisessä. Tavoitteeksi asetettiin kehittää toimintamalleja tosielämän tilanteisiin. Tavoitteiden ja menetelmien muodostamisessa käytetty strategia oli vuorovaikutuksellinen suunnittelu yhdessä mukana olevien sektorien ja ammattilaisten kanssa. Jokainen hanke eteni valmistelevalta pilottivaiheesta maanlaajuiseen levitykseen.

**Koulu:** Kouluprojekti suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä opetushallituksen kanssa. Kymmenen koulua kutsuttiin mukaan pilottivaiheeseen: peruskoulun ala-asteita, lukioita ja ammattikouluja. Jokaisessa koulussa muodostettiin moniammatillinen ryhmä johtamaan projektia. Ryhmä muodostui opettajista, koulupsykologeista, opinnonohjaajista, terveydenhoitajasta, jne. Tavoitteena oli 1) lisätä opettajien kykyä kohdata kriisitilanteita, 2) parantaa opettajien kykyä tunnistaa riskitekijöitä ja 3) edistää oppilaiden selviytymistä ja hyvinvointia.

Koulut laativat varautumissuunnitelmat, joihin kuuluivat 1) toimintamallit erilaisen kriisitilanteiden varalle (itsemurha, kuolema, onnettomuus tms.); 2) mallit vaikeissa elämäntilanteissa olevien oppilaiden tunnistamiseksi; 3) mallit promotiiviselle työlle selviytymisen ja hyvinvoinnin tukemiseksi.

Hankkeeseen sisältyi myös koulutusohjelma Uudenmaan läänin kouluille. Puolitoista vuotta projektin jälkeen toteutettu seuranta osoitti, että mallit oli havaittu hyödyllisiksi kriisitilanteissa ja ne olivat myös lisänneet kykyä kohdata kriisitilanteita.

Myös itsemurhan tabuluonne oli vähentynyt kouluissa. Läänin koulutusohjelmassa mukana olleissa kouluissa tehty kyselytutkimus osoitti, että 60 prosenttia kouluista oli jo omaehtoisesti laatinut varautumissuunnitelman tai aikoi laatia sen. Myöhemmin opetusministeriö ja opettajien ammattijärjestö ovat pitäneet projektia onnistuneena ja kriisisuunnitelmia tarpeellisina.

**Puolustusvoimat:** Puolustusvoimissa toteutettua projektia johti työryhmä, jossa oli edustajat Stakesista ja puolustusvoimista. Puolustusvoimien nimeämät jäsenet edustivat sotilaita, lääkäreitä, ja sosiaalialioista vastaavia ammattihenkilöitä. Työryhmän tavoitteena oli valmistella koulutusohjelma armeijan kouluttajille. Pää tavoite oli kohentaa puolustusvoimien henkilökunnan kykyä tunnistaa varusmiesten ongelmatilanteita ja luoda tukimalleja. Eräs tavoite oli estää traumaattisia palveluksen keskeyttämiä ja siten synnyttää onnistumisen kokemuksia. Työryhmän laatimaa koulutusohjelmaa kokeiltiin useissa varuskunnissa. Sitä esiteltiin myös monissa puolustusvoimien järjestämässä sisäisissä seminaareissa. Koulutusohjelma otettiin pääesikunnan määräyksellä käyttöön kaikissa Suomen varuskunnissa.

Ohjelma sisälsi yksipäiväisen koulutuksen, jossa annettiin taustatietoa ongelmista, joihin varusmiehet törmäävät palvelusaikanaan, opastusta masennuksen ja kriisireaktioiden tunnistamiseen ja tietoa siitä, kuinka nuoria henkilöitä voidaan ohjata ja tukea vaikeuksissa. Ohjelman pääpaino oli keskusteluissa ja yksiköiden toimintatapojen ja yhteistyön kehittämässä. Yhteistyömalli oli uusi innovaatio armeijan koulutuksessa. Ohjelman toteutuksesta vastasivat pääasiassa varuskuntien sosiaalikirjuri, lääkärit ja sotilaspastorit.

Projektin seurantatutkimus osoitti, että ohjelma toteutettiin lähes kaikissa varuskunnissa ja että se oli saanut erinomaisen vastaanoton: 89 prosenttia koulutukseen osallistuneesta sotilashenkilöstöstä koki sen hyödylliseksi työlleen ja katsoi, että se tulisi toistaa tulevaisuudessa. Puolustusvoimien johtavan psykiatrin mukaan koulutusohjelmalla on ollut todellista vaikutusta varuskunnissa. Varusmiesten vaikeuksien tunnistaminen oli kohentunut, ja jopa lääkäreiden läheteiden psykiatriseen konsultaatioon arveltiin parantuneen.

**Kirkko:** Yhteistyö kirkon kanssa toteutettiin kirkkohallituksen kanssa muodostetun yhteisen työryhmän avulla. Työryhmä päätti kohdistaa päähuomion nuoriin, tarkemmin rippikoulujen nuoriin ryhmänjohtajiin, ns. isosiin. Tämä ryhmä valittiin, koska se on avainasemassa nuorten tavoittamisessa. 90 prosenttia 15-vuotiaista osallistuu Suomen evankelis-luterilaisen kirkon järjestämään yhden viikon mittaiseen rippikouluun.

Yli kolmannes nuorista osallistuu isosten koulutukseen ripille pääsyn jälkeen. Näillä 16–17-vuotiailla ryhmänjohtajilla on tärkeä rooli rippikoululeirillä. Hankkeen tavoitteena oli lisätä ryhmänjohtajien kykyä kohdata elämäkriisejä ja tukea leireille osallistuvia teini-ikäisiä, eli opettaa, kuinka selviytyä vaikeista tilanteista ja kuinka antaa vertaistukea.

Ohjelma julkaistiin projektin päättymisen aikoihin, joten seurantaan ei ollut aikaa. Ohjelmaa voitiin kuitenkin kokeilla ennalta muutamilla leireillä. Kouluttajilta ja nuorilta saatu palaute oli myönteistä. Vaikeiden elämäntilanteiden kohtaamisen ja ystävän auttamisen teemat osoittautuivat tärkeiksi.

Kaikki edellä esitellyt projektit korostivat yhteisöllisen vastuun näkökulmaa. Kentältä saadun palautteen mukaan kriisitilanteessa tai itsemurhavaarassa olevan henkilön tukeminen on haaste on kaikille, ei ainoastaan mielenterveysalan ammattilaisille. Keskeinen sanoma oli, että avainasemassa olevat maallikot muodostavat erinomaisen voimavaran. He voivat saada aikaan paljon tarjoamalla oikea-aikaista apua arkipäivän tilanteissa. Mahdollisuus puuttua kriisitilanteisiin itse oli uusi kouluissa ja puolustusvoimissa, joilla on ollut tapana ohjata ongelmat erikoistuneen henkilökunnan hoidettaviksi.

Kehittävän asiantuntijayhteistyön malli osoittautui tehokkaaksi ja kehittämisen arvoiseksi. Tämän menetelmän avulla projektin kehittämät interventiot edustavat ns. ekologista, osallistujien kannalta merkityksellistä arvomaailmaa. Tämä on nähtävissä tavassa, jolla ohjelmat ja toimintamallit on hyväksytty projektissa mukana olleissa sosiaalisissa yhteisöissä. Menetelmän lisäksi projekti synnytti myös muita innovaatioita: esimerkiksi varautumissuunnitelmat kouluille ja koulutusohjelman puolustusvoimille.

Projekti osoitti, että

- ohjelmia voidaan valmistella ja toimeenpanna kansallisella tasolla
- laaja-alainen itsemurhien ehkäisy on toteutettavissa
- itsemurhien ehkäisy on mahdollista ottaa esille erilaisissa yhteisöissä
- myös autoritäärisissä ja miesvaltaisissa organisaatioissa on mahdollista kehittää selviytymistä ja tukea
- kriisinäkökulma on hyvä lähtökohta.

Tärkeiksi edellytyksiksi osoittautuivat

- kansallisen hallinto- ja valvontatason sitoutuminen
- kaikkien keskeisten ammattiryhmien, ei ainoastaan mielenterveysalan yhteistyö
- ohjelman sopeuttaminen todellisiin elämäntilanteisiin
- valmistelu työprosessin avulla, ei valmiita malleja
- yhteisen kielen hakeminen
- kunkin alan kulttuurin ja käytäntöjen kunnioittaminen
- pyrkimys käytännöllisiin toimintamalleihin.

#### 4.3.2 Arviointi

Suomalaista itsemurhien ehkäisyohjelman arviointiin kuuluivat: (1) projektiryhmän tekemä sisäinen kuvaus ja arviointi; (2) kenttäkyselyyn perustunut sisäinen arviointi sekä (3) kansainvälisen asiantuntijaryhmän tekemä ulkoinen arviointi.

Sisäinen prosessiarviointi (Upanne ym. 1999) ja kentällä tehty kyselytutkimus (Hakanen ja Upanne 1999) osoittivat, että ohjelman eteenpäinvieminen alusta asti yhteisyrittäksenä oli ratkaisevaa Suomessa itsemurhien ehkäisyssä tapahtuneen myönteisen kehityksen kannalta. Arviointikyselyn mukaan 2000 työyksikköä, 43 prosenttia kaikista 'ihmispalveluyksiköistä', oli aloittanut kehittämistoimet ja noin 100 000 ammattilaista oli osallistunut interventioihin.

Psykologiset perusedellytykset, kuten esimerkiksi hyvä ilmapiiri, tuntuivat olevan ratkaisevia käytännön edistymisen kannalta. Myönteistä palautetta saatiin kentältä yhteistyötä suosivan lähestymistavan takia. Avointa vastarintaa ei esiintynyt.

Ulkoinen arvioinnin mukaan projektin vahvuuksia olivat

- julkisen sektorin laaja mukaanotto koko maassa
- itsemurhaongelman nostaminen sosiaaliselle asialistalle
- terveyden edistämisen vuorovaikutuksellisten mallien kehittäminen
- useiden opaskirjojen julkaiseminen
- vaikuttaminen palvelusektorin organisaatioihin ja ammattilaisiin.

Suomen itsemurhaluvut laskivat vuodesta 1990 (30,3/100 000 as.) vuoteen 1996 (24,3). Vuonna 1997 itsemurhia oli 25,7/100 000 asukasta. Mikään yksittäinen tekijä

ei selitä vähenemää. Itsemurhia voivat vähentää mm. 1990-luvun lama ja siihen liittyvät seikat ja lamasta johtuva alkoholinkulutuksen lasku ja masennuslääkkeiden lisääntynyt käyttö. Kansallisen ohjelman interventioilla arvioidaan olleen oma vaikutuksensa asiaan.

## 4.4 Mielenterveysongelmien hoito

Palvelunkäyttäjien ja omaisten näkökulma on yhä tärkeämpi mielenterveysongelmien hoidossa, kuten luvussa 2.5 todettiin. Tässä esitellään kaksi esimerkkiä hyvistä käytännöistä, joissa pääpaino on tässä periaatteessa.

### 4.4.1 Pohjois-Birminghamin mielenterveyspalveluiden ”toiminnalliset ryhmät”<sup>10</sup>

#### ■ *Aluksi*

Birmingham on englantilainen suuri teollisuuskaupunki, jossa asuu yli miljoona ihmistä. Pohjois-Birminghamin mielenterveyslautakunta (*Mental Health Trust*) tarjoaa erikoistuneita mielenterveyspalveluita yli puolelle kaupungin asukkaista julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kautta. Kaupungin väestö on kulttuurisesti ja sosiaalisesti monimuotoinen ja siihen kuuluu alueita, joissa sosiaalinen puute on yleistä ja jopa 25 prosenttia asukkaista kuuluu etnisiin vähemmistöihin. Viimeisen viiden vuoden aikana järjestelmä on toteuttanut kattavaa strategiaa mielenterveyden avohoidon integroidun mallin pohjalta. Kyseisessä mallissa korostetaan parempaa mielenterveysongelmien hoidon saavutettavuutta ja jatkuvuutta niin että palvelunkäyttäjien kokonaistarpeet otetaan huomioon. Aikaisemmin yli 80 prosenttia psykiatrian resursseista oli sidottu psykiatriisiin sairaaloihin, kun taas avohoidon puolella palvelujen kehittäminen ja paikallisyhteisön osallistuminen erikoistuneisiin mielenterveyspalveluihin jäivät vähäiseksi, ja vaikeistakin psyykkisistä sairauksista kärsivien tarpeet jäivät liian vähälle huomiolle.

#### ■ *Käytäntö*

Pohjois-Birminghamissa kehitettiin kolme paikkakuntakohtaista (’sektoroitua’) toisiinsa limittyvää ja toisiaan täydentävää, ryhmiin perustuvaa palvelua kuudella maantieteellisesti toisistaan erottuvalla alueella (kussakin keskimäärin 100 000 asukasta). Nämä palvelut muodostuivat (1) perustason mielenterveyspalveluista, (2) palvelusta, joka on suunnattu pitkäaikaispalveluita tarvitseville sekä (3) ’akuuttiin hoitoon’ erikoistuneesta palvelusta, johon kuuluu ympärivuorokautista kotihoitoa, ja jota tukevat tarkoituksenmukaiset asumisjärjestelyt.

<sup>10</sup> Tämä jakso perustuu (1) *Birmingham Adult Mental Health Strategy* –asiakirjan tietoihin; ks. [http://www.birmingham-health.org.uk/Public-Health/mh\\_strategy/STRATEGY.html](http://www.birmingham-health.org.uk/Public-Health/mh_strategy/STRATEGY.html) (2) Birminghamilaisen professori S.P. Sashidharanin tekstiin; sekä (3) Birminghamilaisen professori Michaela Ameringin antamiin tietoihin.

- (a) Moniammatilliset **peruspalveluiden mielenterveysryhmät** tekevät läheistä yhteistyötä yleislääkäreiden ja muiden peruspalveluita tuottavien tahojen (esim. vapaaehtoisryhmät, sosiaalihuolto) kanssa jokaisella maantieteellisellä alueella. Ne tarjoavat arviointi- ja hoitopalveluita, jotka perustuvat avohuollon mielenterveysryhmien työhön sekä kotikäynteihin. Nämä ryhmät toimivat 'portinvartijoina' erikoistuneisiin mielenterveyspalveluihin. Yleislääkäreiden lisäksi monet muut samaan hoitopolkuun kuuluvat avohuollon palvelut ovat läheisessä yhteistyössä näiden ryhmien kanssa, jotka myös tarjoavat konsultaatiota muille laitoksille.
- (b) Palvelut **vakavista ja pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsiville** perustuvat kokonaan avohoitoon ja muodostuvat kahdesta moniammatillisesta toimintaryhmästä (joista karkeasti ottaen toinen toimii yhteistyöhaluisten, toinen yhteistyöhaluttomien potilaiden parissa), Ensimmäinen palvelu – **jatkuvan tarpeen ryhmä** – keskittyy psykiatriseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen painottaen paranemisen käsitettä; se työskentelee vakavia psyykkisiä sairauksia potevien potilaiden parissa, jotka tarvitsevat pitkäaikaisia palveluita. Erilaisia sosiaalisia tarpeita omaavat henkilöt tunnistetaan yksilöllisesti. Heitä auttavat **tehostetun avohuollon erikoisryhmät**, jotka käyttävät ns. *Programme of Assertive Community Treatment (PACT)* -ohjelmaa. Ohjelmaan pääsyn kriteereitä ovat vakava ja pitkäkestoinen psyykinen sairaus ja monenlaiset sosiaaliset tarpeet, toistuvat sairaalahoitajaksot tai psykiatrisen hoidon katkaiseminen sekä joutuminen rikosoikeudellisen järjestelmän piiriin. Yhtä työntekijää kohden on alle kymmenen asiakasta.
- (c) **Kotihoitopalvelu** on tarkoitettu potilaille, jotka kärsivät **akuuteista psykiatrisista ongelmista** ja jotka tarvitsevat tehostettua, ympärivuorokautista tukea. Nämä asiakkaat saavat pääasiassa avopalveluita, mutta tukena on erilaisia laitospalveluita. Laitospalvelut ovat kaikkien yleislääkäreiden ja asiakasryhmien käytettävissä kriisitilanteissa. Arviointi ja ongelman hoito toteutetaan aina avopalvelutilanteessa ihmisten tavanomaisissa asuinpaikoissa. Jokaisella alueella on muutama psykiatrinen sairaansija, mutta niitä tukevat muut laitosmaiset palvelut, kuten kriisitalot tai perhetukiasuminen. Vain pakkohoidon tarpeessa oleviksi määritellyt potilaat lähetetään psykiatriseen sairaalaan.

Palvelun painopiste on **yhteistyössä yhteisön muiden toimijoiden kanssa** (yleislääkärit, oma-apuryhmät, mielenterveyden vapaaehtoisryhmät). Tärkeää on, että hoidon kaikilla tasoilla neuvotellaan käytännöistä palvelujen tarvitsijoiden kanssa, sekä se että palvelujen käyttäjät itse työskentelevät vapaaehtoisina tai palkattuina mielenterveysryhmissä.

### ■ **Vaikuttavuus**

Tavallisesti 600 000 asukkaan alueella on noin 9 000 asiakasta hoidossa (70 prosenttia peruspalveluryhmissä, 20 prosenttia jatkuvan tarpeen ja avohuollon ryhmissä ja

10 prosenttia kotihoidon ryhmissä). Palvelua on arvioitu sekä sisäisesti että ulkoisesti. Ulkoisen arvioinnin mukaan psykiatristen sairaaloiden uusien potilaiden määrät ovat laskeneet dramaattisesti uuden strategian käyttöönoton jälkeen. Akuuttia psykiatrista hoitoa tarvitsevat hoidetaan pääasiallisesti avohoidossa. Tutkimusten mukaan vain yksi kahdestakymmenestä akuutin hoidon tarpeessa oleviksi määritellyistä lähetetään psykiatriseen sairaalaan, kun taas muut hoidetaan onnistuneesti ja heidän kriisinsä ratkaistaan tyydyttävästi avohoidon keinoin. Kotihoitopalvelu on myös onnistunut varmistamaan sen, että useimmat pitkäaikaista mielenterveydenhoitoa tarvitsevat integroidaan myöhemmin avohoitoryhmiin. Kotihoitomenetelmien merkittävimpiä tuloksia on sellaisten henkilöiden tunnistaminen, jotka ovat tähän asti vältelleet psykiatrista kontaktia, mutta jotka ovat valmiita hyväksymään mielenterveysinterventiot vapaaehtoisuuteen perustuvissa avohoidon tilanteissa. Kotihoitomallit vaikuttavat myös olevan paremmin sopusoinnussa etnisten vähemmistöryhmien toiveiden ja tarpeiden kanssa.

#### 4.4.2 'Pension Bettina' – perhekoulu Wienissä

##### ■ *Aluksi*

'Pension Bettina' -täysihoidolan perustivat ammattilaiset ja nuorten skitsofreniapotilaiden perheenjäsenet. Se perustettiin vanhan pikkuhotellin tiloihin kerrostalon kolmanteen kerrokseen Wienin keskustan lähistöllä. Tarkoituksena oli aikaansaada laitos, jossa potilaat ja heidän perheenjäsentensä voisivat kokeilla käytännössä ja rajoitettuna aikana (17 kuukautta) keskinäistä vuorovaikutusta mahdollisimman stressittömissä ja otollisissa oloissa. Kohderyhmänä ovat perheet, joiden nuori jäsen kärsii skitsofreniasta ja jotka ovat halukkaita oppimaan, kuinka sairauden kanssa voi elää. Potilaat kuuluvat yleensä ns. pyöröoviryhmään, jolle on tyypillistä lyhyet ja toistuvat sairaalahoitojaksot. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota kaikkien osanottajien luoviin kykyihin. Heitä rohkaistaan ilmaisemaan itseään uusin kommunikaatiokeinoin ryhmän muiden jäsenten kanssa.

##### ■ *Käytäntö*

Ohjelma perustettiin vuonna 1986, ja se on käynyt läpi useita kehitysvaiheita. Sen perusrakenne on kuitenkin säilynyt samana alkaen: rajoitetun ajanjakson kuluessa (nykyisin 17 kuukautta) 10 potilasta asuu Pension Bettinassa sunnuntai-illasta perjantaaamupäivään. Kaikki potilaat aloittavat ja lopettavat hoitojakson samaan aikaan. Viikonloppuisin ja juhlapyhinä paikka on suljettuna, jolloin potilaat ovat kotonaan, yleensä perheensä parissa.

Perheenjäsenten tulee toisaalta vierailla täysihoidolassa viikolla: pari tuntia kerran viikossa päiväsaikaan sekä kerran kuukaudessa yövuorossa yhdessä kymmenen skitsofreniapotilaan kanssa ilman henkilökunnan läsnäoloa. Paikalla ollessaan perheenjäsenillä ei ole erityistehtäviä, paitsi osallistuminen kulloinkin käynnissä olevaan toimintaan. Näin ollen perheenjäsenet ja potilaat joutuvat keskenään tekemisiin yli perherajojen.

Potilas voi siis olla vuorovaikutuksessa isän kanssa, joka ei ole hänen oma isänsä, ja äiti voi harjoitella vuorovaikutusta pojan tai tyttären kanssa, joka ei ole hänen omansa. Tällainen 'sijaisoppiminen' on selvästi helpompaa kuin uusien kommunikaatiotapojen opettelu omien perheenjäsenten kanssa (johtuen yhteisestä emotionaalisesta menneisyydestä, joka usein estää oppimiskokemuksen). Näin potilaat ja omaiset oppivat harjoittamaan 'läheisyyttä matkan päästä' – eli siis antamaan tarvittaessa apua ja sallimaan itsenäisyyttä, kun se on mahdollista.

Perheenjäsenten on osallistuttava kerran viikossa myös omaisryhmän tapaamiseen, jossa keskustellaan kokemuksista niin Pension Bettinassa kuin kotona viikonloppunakin. Potilaiden aamuja ja iltapäivää sävyttävät talousaskareet ja erilaiset ryhmäistunnot, joihin kuuluu myös talokokous (jossa käsitellään yhdessä elämisen käytännön ongelmia), päiväsuunnitteluryhmä, kognitiivinen ryhmäterapia jne. Kotoa lähtemisen harjoittelu sunnuntai-iltaisain yli 70 kertaa ohjelman 17 kuukauden aikana on myös tärkeä osa oppimiskokemusta.

Ohjelman päätyttyä paikka suljetaan kuukaudeksi (tilojen uusimista varten), jolloin kaikkien on lähdettävä. Ohjelman lopun lähestyessä monet perheet halusivat ymmärrettävästi pysyä yhdessä. Viimeisten viidentoista vuoden aikana perheet ovatkin muodostaneet ryhmäkoteja, joissa kussakin on kahdesta viiteen potilasta, jotka jatkavat yhdessä elämistä perheenjäsenten tuella. Perheenjäsenet ovat oppineet, että nuorten, skitsofreniankin kaltaista vaikeaa sairautta potevien aikuisten on toisaalta saatava olla rauhassa, mutta toisaalta saatava hoivaa samanaikaisesti – 'mahdoton' tehtävä, josta ohjelman läpikäyneet vanhemmat kuitenkin tuntuvat selviävän.

Päiväsaikaan paikalla on täysiaikainen sosiaalityöntekijä ja kaksi muuta osa-aikaista työntekijää. Konsultoivan psykiatrin palvelut ovat käytettävissä rajoitetun ajan psykiatrista ohjausta varten. Ohjelman maksaa pääosin paikallinen sosiaalihuolto, mutta myös perheiden on osallistuttava kustannusten (n. USD 300 kuussa) kattamiseen. Keskimäärin 20–25 prosenttia perheistä lopettaa ohjelman ensimmäisten viikkojen aikana eri syistä (usein aliarvioituaan tarvittavan osallistumisen määrän) ja heidän tilalleen valitaan toisia perheitä jonotuslistalta.

### ■ *Vaikuttavuus*

Arviointiin kuuluu potilaiden ja perheenjäsenten arvioita sekä ohjelman lopussa että seurannoissa vuosi ja kaksi vuotta ohjelman jälkeen. Potilaat ja perheenjäsenet ovat olleet erittäin tyytyväisiä, kuten he useimmiten ovat terveydenhoitopalveluihin. Myös objektiiviset tuloskriteerit ovat myönteisiä: ohjelman alkaessa 12 prosenttia potilaista asui itsenäisesti, kun taas sen loppuessa prosenttiluku oli 81, ja kahden vuoden seurannassakin 78 prosenttia potilaista asui itsenäisesti. Ennen Pension Bettinaan tuloa 35 prosenttia potilaiden päivistä kului sairaalassa, kun taas kaksi vuotta ohjelman jälkeen enää 7 prosenttia päivistä vietettiin sairaalassa. Potilaiden juuttuminen toistuviin sairaalahoitoihin vaikuttaa katkenneen ohjelman läpikäymisen jälkeen, mikä todennäköisesti johtuu lähinnä siitä, että perheet ovat oppineet välttämään kriisejä ja niiden pahenemista.



## 4.5 Kuntoutus

### 4.5.1 Työkyvyn ylläpitoon tähtäävä kuntoutus

Viime vuosikymmenen aikana Suomessa ja monissa muissa maissa on kehitetty niin sa-  
nottuja varhaiskuntoutusstrategioita. Kuntoutusta on suunnattu henkilöille, jotka pys-  
tyvät yhä työskentelemään, mutta jotka tarvitsevat tukea työkykynsä ylläpitämiseksi ja  
kehittämiseksi. Kuntoutuspalveluja hakevista työntekijöistä useimmat potevat tuki- ja  
liikuntaelinvaivoja. Huomattavalla joukolla on myös mielenterveysongelmia, esimer-  
kiksi masennusta, ahdistusta, loppuunpalamista tai muita vastaavia oireita. Usein nämä  
oireet kytkeytyvät työongelmiin.

Kansaneläkelaitoksen (KELA) rahoittama eräs kuntoutusmuoto on *työkyvyn ylläpi-  
toon tähtäävä kuntoutus*. Kuntoutustoiminta on tarkoitettu henkilöille, joiden työkyky  
on ratkaisevasti huonontunut fyysisten tai psyykkisten ongelmien vuoksi ja jotka tar-  
vitsevat kuntoutusta säilyttääkseen tai parantaakseen työkykyään.

Kuntoutusprosessi toteutetaan yhteistyössä työpaikan, kuntoutuslaitoksen ja  
KELA:n kanssa. Sen kesto vaihtelee yhdestä kahteen vuoteen, joskus pitempäänkin.  
Kuntoutustoimet voidaan karkeasti jakaa kahteen lohkoon, kuntoutuslaitoksessa toteu-  
tettaviin ja työpaikalla tapahtuviin. Asiakas viettää koko prosessin kuluessa korkeintaan  
35 vuorokautta kuntoutuslaitoksessa. Yleensä monta kuukautta kestävät väliajat asia-  
kas on töissä.

Kuntoutusprosessin ensimmäiset päivät kuluvat usein omien voimien keräämiseen,  
kuntoiluun, virkistykseen sekä rentoutumiseen tai meditaatioharjoituksiin. Paljon ai-  
kaa käytetään asiakkaan omien elämänprojektien erittelyyn ja omien tulevaisuuden-  
suunnitelmien ja toiveiden selventämiseen. Usein ilmenee, että työntekijöillä on ollut  
kovin vähän aikaa itselleen ja tulevaisuutensa suunnittelemiseen. Heillä on myös vain  
vähän uskoa mahdollisuuksiinsa vaikuttaa työhönsä tai työoloihinsa. Työhön liittyviä  
ongelmia, työprosessia, työn organisointia, johtamiskysymyksiä, työilmapiiriä jne. ana-  
lysoidaan ja ratkaisuja niiden hallitsemiseksi etsitään. Usein järjestetään keskusteluja  
työntekijän, hänen esimiehensä ja kuntoutusneuvojan välillä koskien urakehityskysy-  
myksiä tai työprosessiin tarvittavia muutoksia.

Kuntoutuksessa etsitään keinoja lievittää henkistä ja ruumiillista stressiä ja paran-  
taa työnhallintaa tai ammatillisia taitoja sekä yksilöllisiä strategioita ongelmista sel-  
viytymiseen. Asiakkaat pohtivat myös elämäntapojaan; on tärkeää löytää aikaa palkit-  
semaan ja nautintoa tuottavaan toimintaan työssä ja vapaa-aikana. Ryhmäkeskustelut  
ovat erityisen tärkeitä.

Työpaikoilla tapahtuvan toiminnan tarkoituksena on muuttaa sosiaalista ja fyysistä  
työympäristöä mukautuvampaan suuntaan. Joskus pääpaino on työntekijän tehtävien,  
työolosuhteiden ja ryhmätyöongelmien järjestelemisessä, joskus taas kyse on johtami-  
sen ongelmista, velvollisuuksien selvittämisestä tai päätöksenteon vapaudesta. Joskus  
tarvitaan ammattitaidon täydennystä tai uudelleen koulutusta työkyvyn ja -motivaation  
kohentamiseksi.

Kuntoutustoiminnan tavoitteena on vähentää stressin ja loppuunpalamisen oireita sekä subjektiivisia työongelmia, lisätä hallinnan tunnetta ja työtyytyväisyyttä ja parantaa työntekijän kokonaistyökykyä.

#### 4.5.2 *Psykososiaalisen kuntoutuksen klubitalomalli*

*Fountain House* -klubitalomalli on alunperin pohjoisamerikkalainen sovellus kuntoutuksesta, jossa ammatinvalinta-, yhteisö- ja sosiaalipalveluita tarjotaan saman katon alla. Klubitalon kohderyhmänä ovat yleensä pitkäaikaisista ja vakavista psykiatrisista ongelmista kärsivät asiakkaat. Toimintatapa on eräs psykososiaalisen kuntoutuksen muoto, ja se tähtää ennen kaikkea jäsenten elämänlaadun parantamiseen. Klubitalon ohjelmakomponentteja ovat työllistymistä edeltävä päiväohjelma, siirtymävaiheen työllistämishjelma ja *reach-out* yhteydenpito mahdollisiin toiminnasta poisjääneisiin. Lääketieteellistä hoitoa annetaan pelkästään klubitalon ulkopuolella.

Klubitalo tarjoaa jokaiselle jäsenelle mahdollisuuden monipuoliseen osallistumiseen. Klubitalomalli painottaa psyykkisestä sairaudesta toipuvien vahvuuksia ja osaa- misalueita. Päivittäiset toiminnat suunnitellaan asiakkaiden lähtökohdista. Jäsenet osallistuvat suunnitteluun, päätöksentekoon ja toimintoihin. Henkilökunta toimii usein aloitteentekijänä, mutta muuten se osallistuu toimintaan kuten jäsenetkin. Henkilökunnan edustajat ovat tasa-arvoisia asiakkaiden kanssa ja heitä kohdellaan samoin. Yhteisössä jokainen jäsen saa tarvitsemaansa tukea sekä muilta jäseniltä että henkilökunnalta. Jäsenet osallistuvat myös yhteydenpitoon: jos joku jäsen jää kotiin- sa, muut jäsenet pitävät häneen yhteyttä ja huolehtivat avun tarjoamisesta, mikäli sitä tarvitaan.

Jäsenten edellytetään osallistuvan klubitalon päivittäiseen toimintaan ja heidän työpanoksensa onkin välttämätöntä. Näin jäsenet voivat tuntea itsensä tarpeellisiksi osanottajiksi; he ovat sekä 'tarpeessa' että 'tarpeen'. Jäsenet osallistuvat kaikkeen klubitalon toimintaan: ruoanlaittoon, siivoamiseen, kunnossapitoon, hallinnollisiin tehtäviin, tutkimukseen, uusien jäsenten opastamiseen jne. Järjestetty suojatyö tai aliurakointi ulkopuolisille ovat klubitalon ideologian vastaisia. On katsottu tärkeäksi, että tehdyn työn merkitys on välittömästi jäsenten nähtävissä työn seurauksena.

Tärkeä osa klubitalotoimintaa on ns. siirtymätyöohjelma (*Transitional Employment Program*), jonka tarkoitus on kaventaa kuilua klubitalon päivittäisohjelman ja avointen työmarkkinoiden palkkatyön välillä. Siirtymätyöohjelma perustuu klubitalon ja työnantajien keskinäisiin sopimuksiin. Talon henkilökunta valmentaa jäsentä työtehtävää varten ja tukee häntä työn kestäessä. Klubitalo takaa päivittäin työt; esim. sairastapa- uksen sattuessa toinen jäsen tai henkilökunnan edustaja paikkaa poissaolijaa. Työssä epäonnistumista pidetään prosessiin kuuluvana, eikä se estä uutta yritystä. Työsuhde on usein osa-aikainen ja korkeintaan puolen vuoden mittainen.

Pitkäaikaisen työpaikan etsimisessä huomion tulisi olla mielenterveysongelman-aisen henkilökohtaisissa mieltymyksissä, tyytyväisyydessä, muutostarpeissa, taidoissa jne.

Työssä selviytymisen näkökohdat tulisi ottaa huomioon. Esimerkiksi mielenterveysongelmaisen mahdollisuudet menestyä työssä riippuvat siitä, kuinka hyvin hän valmistautuu työhön, millaista opastusta ja sosiaalista tukea on tarjolla ja kuinka hyvin työyhteisö toimii kokonaisuutena.

Työkyky riippuu aina tilanteesta, olosuhteista ja työtehtävien organisoinnista. Vajaakuntoisen henkilön ammatillisessa kuntoutuksessa tulisi *ongelmien yksilöllistämisen ja arviointiin keskittymisen sijasta pohtia sitä, kuinka palvelunkäyttäjän mieltymykset, taidot, voimavarat jne. voidaan ottaa riittävän hyvin huomioon työjärjestelyissä*. Työyhteisön asennoitumista esimerkiksi mielenterveysongelmiin sävyttää usein erilaisuuden ja arvaamattomuuden pelko yhdistyneenä jonkinasteiseen uteliaisuuteen. Suunnitteluvaiheessa resurssija tulisi kohdistaa työtehtävien organisoinnin lisäksi myös työntekijän valmentamiseen kohtaamaan työhön liittyvät käytännön olosuhteet.

Eräs tapa kuvata työkyvyn eri puolia on Kuntoutussäätiön määritelmä. Sen mukaan työkyky ei ole muuttumaton henkilökohtainen ominaisuus vaan *tulosta dynaamisesta vuorovaikutuksesta – joka muuttuu ajan kuluessa – työntekijän, hänen työnsä ja työpaikan yleisten ominaisuuksien välillä*, esimerkiksi työpaikan ilmapiiri, työn organisointi, johtamismallit, henkilöstöpolitiikka jne. (Järvikoski 1994). Tämä tarkoittaa sitä, että muutokset järjestelmän jossain osassa vaikuttavat sen muihinkin osiin. Esimerkiksi puutteelliset mahdollisuudet ylläpitää ja parantaa ammatillisia taitoja ja työn muita kelpoisuusehtoja voivat johtaa pitkällä aikavälillä työkyvyn muutoksiin.

## Kirjoittajat

### Luku

- 2.3 Rachel Jenkins ENGLANTI
- 2.4 Jouko Lönnqvist SUOMI
- 2.5 Heinz Katschnig ITÄVALTA
- 2.6 Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää SUOMI
- 2.7 Viviane Kovess RANSKA ja Jyrki Korkeila SUOMI
- 3.1 Clemens Hosman ALANKOMAAT
- 4.1 Clemens Hosman ALANKOMAAT
- 4.2 Rachel Jenkins ENGLANTI
- 4.3 Maila Upanne SUOMI
- 4.4 Heinz Katschnig ITÄVALTA
- 4.5 Aila Järvikoski SUOMI

### Eurooppalainen mielenterveyspolitiikkaverkosto (ENMHPO)

Ville Lehtinen SUOMI *puheenjohtaja*

Rachel Jenkins ENGLANTI *varapuheenjohtaja*

Juha Lavikainen SUOMI *sihteeri*

Irma Ballering HOLLANTI

Richard Berry ENGLANTI

Pierre Campagna LUXEMBURG

Alvaro Carvalho PORTUGALI

Odd Steffen Dalgard NORJA

Heinz Katschnig ITÄVALTA

France Kittel BELGIA

Viviane Kovess RANSKA

Eero Lahtinen SUOMI

John Loudon SKOTLANTI

Andrej Marusic SLOVENIA

Pier Luigi Morosini ITALIA

Bairbre NicAongusa IRLANTI

Rafael Peñalver-Castellano ESPANJA

Christiane Redel SAKSA

Hans Joachim Salize SAKSA

Marc Servaes BELGIA

Helena Silfverhielm RUOTSI

Petros Yannulatos KREIKKA

Tomas Zoega ISLANTI

### Ulkopuoliset asiantuntijat

John Henderson MENTAL HEALTH EUROPE – SANTÉ MENTALE EUROPE

Wolfgang Rutz MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖ, EUROOPAN ALUETOIMISTO

## Lähdeluettelo

- Albee, G.W. ja Gullotta, T.P. (Toim.). *Primary Prevention works. Issues in Children's and Families' Lives*, Vol. 6. Thousand Oaks, CA, USA. Sage Publications, Inc.
- Bosma, M.W.M. ja Hosman, C.H.M. (1990). *Preventie op Waarde geschat*. Beta: Nijmegen.
- Bronfenbrenner, U. (1997). *Toward an Experimental Ecology of Human Development*. *American Psychologist*, 32: 513–553.
- Catalano, R. ja Dooley, D. (1980). Economic Change in Primary Prevention. Teoksessa: *Prevention in Mental Health - Research, Policy and Practice*. Price, R.H., Ketterer, R.J., Bader, B.C., ja Monahan, J. (Toim.). London: Sage Publications, ss. 21–40.
- Cox, A.D., Pound, A., Miller, M., ja Puckering, C. (1990). Evaluation of NEWPIN.
- Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero J.L., ja Wilkinson G. (1998). *Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials*. ODIN Group. *British Journal of Psychiatry*, 172:359–363.
- Durlak, J.A. ja Wells, A.M. (1997). *Primary Prevention Mental Health Programs for Children and Adolescents: a Meta-analytic review*. *American Journal of Community Psychology*, 25:115–152.
- Goldston, S.E. (1977). An Overview of Primary Prevention Programming. Teoksessa: *Primary Prevention: An Idea whose Time has Come*. Klein, D.C. ja Goldston, S.E. (Toim.). Washington, D.C. US Government Printing Office.
- Gordon, R.S. (1983). *An Operational Classification of Disease Prevention*. *Public Health Reports*, 98:107–109.
- Greenberg, M.T. ja Kusche, C.A. (1998). *Preventive Interventions for School-age Deaf Children: The PATHS curriculum*. *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*, 3:49–63.
- Greenberg, M.T. et al (1999). *Predicting Developmental Outcomes at School Entry using a Multiple-risk Model: Four American Communities*. *Developmental Psychology*, 35:403–417.
- Health Education Authority (1997). *Mental Health Promotion: A Quality Framework*. London.
- Health Promotion Wales (1995). *Effective Mental Health Promotion: Literature Review*. Technical reports no. 13. Cardiff.
- International Union for Health Promotion and Education (1999). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*.
- Jenkins, R. (1994). Principles of Prevention. Teoksessa: Paykel, E.S. ja Jenkins, R. (Toim.) *Prevention in Psychiatry*. London: Gaskell, ss. 11–24.
- Järvikoski A. (1994) *Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu*. Tutkimuksia 46/1994.
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., ja Ahonen, J. (Toim.) (1999). *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES.

- Lochman, J.E. ja Wells, K.C. (1996). A Social-cognitive Intervention with Aggressive Children: Prevention Effects and Contextual Implementation Issues. Teoksessa: Peters, R. and McMahon, R.J. (Toim.) *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Banff International Behavioral Science Series, Vol. 3. Thousand Oaks, CA, USA. Sage Publications, Inc., ss. 111–143.
- Mrazek, P. ja Haggerty, R. (Toim.) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C. National Academy Press.
- Muñoz, R. ym. (1995). *Prevention of Depression with Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial*. *American Journal of Community Psychology*, 23: 199–222.
- Nutbeam, D. (1999). *Oakley's Case for using Randomised Controlled Trials is misleading*. *British Medical Journal*, 318:944–945.
- Olds, D. (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: Fifteen years later. Teoksessa: Albee, G.W. and Gullotta, T.P. (Toim.) *Primary Prevention works. Issues in Children's and Families' Lives*, Vol. 6. Thousand Oaks, CA, USA. Sage Publications, Inc., ss. 41–67.
- Pound, A. ja Mills, M. (1985). *A Pilot Evaluation of NEWPIN*. *Association for Child Psychology and Psychiatry Newsletter*, 7:4–13.
- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P., ja Ramos-McKay, J. (Toim.) (1988). *14 Ounces of Prevention: a Casebook for Practitioners*. Washington: American Psychological Association.
- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P., ja Ramos-McKay, J. (1989). *The Search for Effective Preventive Programs: What we learned along the Way*. *Am. Jour. Orthopsychiat.*, 59(1):49–58.
- Prinz, R. ym. (1994). *An Evaluation of Peer Coping-skills Training for Childhood Aggression*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23:193–203.
- Toews, J. ja El-Guebaly, N. (1989). *A Call for Primary Prevention: Reality or Utopia*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34:928–933.
- Tones, K. (1998). *Health Promotion: Empowering Choice*. Teoksessa: Myers, L.B. ja Midence, K. (Toim.) *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam, Netherlands. Harwood Academic Publishers, ss. 133–160.
- Tremblay, R.E. ym. (1996). From childhood physical aggression to adolescent maladjustment: The Montreal prevention experiment. Teoksessa: Peters, R. ja McMahon, R.J. (Toim.) *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency*. Banff International Behavioral Science Series, Vol. 3. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc, ss.268–298.
- Weare, K. (2000). *Promoting Mental, Emotional and Social Health. A Whole School Approach*. London, Routledge.
- Schweinhart, L.J. ja Weikart, D.P. (1988). The High/Scope Perry Preschool Program. Teoksessa: Price, R.H. ja Cowen, E.L. (Toim.) *Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners*. Washington, D.C., USA. American Psychological Association, ss. 53–65.
- Weikart, D.P. ja Schweinhart, L. J. (1997). High/Scope Perry Preschool Program.. Teoksessa: Albee, G.W. ja Gullotta, T.P. (Toim.) *Primary Prevention works. Issues in Children's and Families' Lives*, Vol. 6. Thousand Oaks, CA, USA. Sage Publications, Inc., ss. 146–166.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ  
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER  
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH  
ISSN 1236-2115

- 2004: 1 Lasten- ja nuortenpsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2002.  
ISBN 952-00-1470-5
- 2 Användningen av statsunderstödet för barn- och ungdomspsykiatri år 2002.  
ISBN 952-00-1471-3
- 3 Eila Uotila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen.  
ISBN 952-00-1473-X
- 4 Pirjo Varjoranta, Marjatta Pirskanen, Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen, Arja Haapakorva. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Itä-Suomen läänissä 2003.  
ISBN 952-00-1482-9
- 5 Asko Suikkanen, Sirpa Martti, Ritva Linnakangas. Homma hanksaan. Nuorten kuntoutuskokeilun arviointi.  
ISBN 952-00-1486-1
- 6 Sirkka Perttu. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa.  
ISBN 952-00-1498-5
- 7 Ritva Linnakangas, Asko Suikkanen. Varhainen puuttuminen. Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä.  
ISBN 952-00-1504-3
- 8 Eija Kaskiharju, Marjaana Seppänen. Vaihtoehtona palveluseteli. Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu.  
ISBN 952-00-1508-4
- 9 Jorma Back. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa.  
ISBN 952-00-1531-0
- 10 Sosiaalihuollon tehtävä- ja ammattirakenteen kehittämisprojektin loppuraportti. Toim. Teija Horsma, Elina Jauhiainen.  
ISBN 952-00-1537-X
- 11 Marilyn A. Fingerhut, et al. Toward a Better Working Life. International Evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health (1997-2003).  
ISBN 952-00-1540-X
- 12 Heidi Villikka. Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä.  
ISBN 952-00-1543-4
- 13 Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004.  
ISBN 952-00-1546-9

- 14 Jukka Kumpuvuori. Juridinen esiselvitys vammaispalvelulain ja kehitysvammalain yhteen sovittamisesta. (Julkaistaan ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi)). ISBN 952-00-1555-8
- 15 Markku Pekurinen et al. Erityisen kalliit hoidot. Rahoitusvaihtoehtojen arviointia. ISBN 952-00-1566-3
- 16 Hanna Erola. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004. ISBN 952-00-1567-1
- 17 Mielenterveystyö Euroopassa. Juha Lavikainen et al (toim.) ISBN 952-00-1573-6