

Mielenterveysstrategia 2020-2030

– toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto

Toimituskunta

Outi Linnaranta (pj, päätoimittaja), Teija Strand (päätoimittaja),
Jaana Suvisaari, Timo Partonen, Pia Solin

Asiantuntijat:

Aalto-Setälä Terhi, Cresswell-Smith Johanna, Ervasti Jenni, Grönroos Tanja, Haag Christa, Hakanen Jari, Heiskanen Maria, Huikko Eeva, Härkönen Janne, Joensuu Matti, Kaivosoja Matti, Karjalainen Karoliina, Karjalainen Piia, Kauppinen Tapani, Keto-Tokoi Anna, Kilpeläinen Katri, Kiviruusu Olli, Kuussaari Kristiina, Latvala Tiina, Leemann Lars, Linnaranta Outi, Mattila-Holappa Pauliina, Mäkelä Pia, Ollila Hanna, Partonen Timo, Pirkola Sami, Raitasalo Kirsimarja, Raivio Helka, Rapeli Saara, Rotko Tuulia, Rissanen Päivi, Ruokolainen Otto, Salonen Anne, Solin Pia, Strand Teija, Suvisaari Jaana, Tamminen Nina, Toppinen-Tanner Salla, Turunen Jarno, Varje Pekka, Viertiö Satu, Väänänen Ari.

Lukijalle

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

Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030 julkaistiin helmikuussa 2020. Toimeenpanon suunnittelu käynnistyi nopeasti kesällä, ja ensimmäiset valtionavustushankkeet saivat päätöksen rahoituksesta joulukuussa.

Tämä julkaisu on asiantuntijoiden koostama väliraportti, jossa

- kerrotaan mielenterveysstrategian visio ja tavoitteet vuosille 2020–2022,
- kuvataan mielenterveysstrategian indikaattoreihin keskittyen suomalaisten mielenterveyden ja päihteiden käytön muutoksia ja nykytilaa,
- kuvataan esimerkkejä mielenterveys- ja päihdepalveluiden tilanteesta,
- esitellään lyhyesti rahoitettujen hankkeiden päätuotokset ja tulokset sekä
- annetaan asiantuntijasuosituksia toimeenpanon jatkoon.

Kirjoittajiksi on kutsuttu toimeenpanoa toteuttaneiden laitosten, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Työterveyslaitoksen asiantuntijoita. Lisäksi kirjoittajissa on muita toimijoita, jotka ovat olleet oman organisaationsa edustajina tukemassa ja seuraamassa toimeenpanoa.

Luonnosta ovat kommentoineet sosiaali- ja terveysministeriön edustajat. Luonnosta on käsitelty lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimeenpanosta vastaavan tiimin tukena toimineen, strategian valmistelussa mukana olleen asiantuntijaryhmän työpajassa.

Väliraportti ei ole tyhjentävä kuvaus kansalaisten mielenterveyden tilasta tai palveluista. Olemme valikoineet ensimmäisiin lukuihin näkökulmia, jotka on tunnistettu tässä ajassa ja uusimmassa tutkimuksessa tärkeiksi ilmiöiksi. Myös toimeenpanon tuloksista löytyy tarkemmat kuvaukset Innokylästä (www.innokyla.fi) ja hankkeiden omista tai toimenpiteiden erillisistä loppuraporteista.

Tiivistelmä

Mielenterveysstrategia julkaistiin alkuvuonna 2020. Vuoteen 2030 saakka ulottuvan strategian tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus. Tässä raportissa avataan suomalaisten mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia ilmiöitä, annetaan tilannekatsaus mielenterveys- ja päihdepalveluista, esitellään ensimmäisellä strategiakaudella rahoitettujen valtionavustushankkeiden päätuotokset, kerrotaan strategian muusta toimeenpanosta ja annetaan suositukset jatkoon.

Ensimmäisessä luvussa käydään läpi strategian visio ja tavoitteet. Kirjoittajina ovat mielenterveysstrategiaa laatineen asiantuntijaryhmän puheenjohtaja, professori Sami Pirkola, ja mielenterveysstrategian toimeenpanosta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa vastaava ylilääkäri Outi Linnaranta.

Toisessa luvussa kerrotaan mitä on mielenterveyden edistäminen ja miten edistämistyötä kannattaa kehittää. Luvussa kuvataan myös kunnissa tehtävän mielenterveyden edistämistyön tilanne. Kolmannessa luvussa kuvataan väestön mielenterveyden tila ikäryhmittäin. Pitkittänyt koronapandemia lisäsi lasten ja nuorten psyykkistä kuormittuneisuutta ja oirehdintaa sekä heikensi osallisuuden kokemusta. Suurin osa nuorista voi kuitenkin hyvin. Työikäisten itse ilmoittama psyykkinen kuormittuneisuus ja sen taustalla olevat masennus- ja ahdistusoireet ovat lisääntyneet. Ikääntyneiden ikäluokan kasvaessa on kiinnitettävä huomiota paitsi kasvaneeseen palveluntarpeeseen myös ikääntyneiden ihmisten mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen ja heidän oikeuteensa saada mielenterveyspalveluita.

Neljännessä luvussa kuvataan väestön päihde- ja riippuvuusongelmia. Humalajuominen on pääasias-
sa vähentynyt sekä työikäisillä naisilla että miehillä vuodesta 2010 alkaen. Ikääntyneiden viikoittainen humalajuominen on pysynyt kohtalaisen vakaana, ja riskikäyttö jopa hieman lisääntynyt eläkeikäisillä miehillä. Nuorten kohdalla huolta herättää yleistyneet kannabiskokeilut.

Viides luku kuvaa erilaisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden tilannetta. Nuorten ahdistuneisuus ja masentuneisuus ovat lisääntyneet, samoin kuin mielenterveyspalvelujen kysyntä. Avohoitokäyntien lisäksi myös sairaalahoitossa olleiden nuorten osuus on kasvanut. Päihteitä ongelmallisesti käyttävien riippuvuuksia kokevien ihmisten palvelutarve on moninainen ja päihdekuolleisuus on lisääntynyt.

Muun muassa näihin haasteisiin on haettu ennakoivia ratkaisuja panostamalla sosiaali- ja terveyskeskusuudistuksessa perustason palveluiden sisällölliseen kehittämiseen, ja kehittämällä ja ottamalla käyttöön teknologia-avusteisia palveluita. Järjestöjen rooli palveluiden tuottajana ja kehittäjänä on merkittävä. Järjestöt reagoivat nopeasti myös pandemiaan ja Ukrainasta saapuvien ihmisten kriisiavun tarpeeseen.

Seuraavissa luvuissa kuvaamme, kuinka mielenterveysperustaisesti myönnettyt sairaspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat yleistyneet ja itsemurhakuolleisuus on pienentynyt. Stigmaa ja syrjintää käsittelevässä luvussa tuodaan esille, että vaikka on tullut sallitummaksi puhua ahdistuksesta ja masennuksesta, vakavampiin mielenterveyden- ja päihdehäiriöihin liittyvä syrjintä ei ole vähentynyt. Tämä heijastuu myös palveluiden resursointiin.

Luvusta kymmenen alkaen keskitymme mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanoon vuosina 2020–2022. Kuvaamme eri tavoin hankekokonaisuudet: 1) mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa, 2) itsemurhien ehkäisy, 3) IPS – Sijoita ja valmenna!, 4) sosiaali- ja terveyskeskusuudistus ja 4) työelämän mielenterveysohjelma. Tässä raportissa keskitytään erityisesti hankekokonaisuuksiin 1–2. Kuvaamme myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kahden vuoden aikana tarjoamaa toimeenpanon tukea ja muita tehtyjä toimenpiteitä ja hankkeita (mm. luku 12).

Luku neljätoista nostaa esille nykytilakuvauksessa esille tulleita tärkeimpiä ilmiöitä mielenterveydestä ja mielenterveys- ja päihdepalveluista. Näihin ilmiöihin esittelemme asiantuntijoiden suosituksia seuraavien vuosien toimeenpanolle.

Avainsanat: mielenterveysstrategia, mielenterveys, mielenterveysongelma, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, mielenterveyden edistäminen, psyykkinen hyvinvointi, positiivinen mielenterveys, mielen hyvinvointi, mielenterveyskuntoutus, psykiatria, ehkäisevä mielenterveystyö, päihde, ehkäisevä päihdetyö, päihdepalvelut, päihdehuolto, päihdeongelmat, päihdehäiriöt, rahapelihaitat, stigma, itsemurhien ehkäisy, itsemurha, itsetuhoisuus, kuolleisuus

Sammandrag

Strategin för psykisk hälsa publicerades i början av 2020. Målet med strategin som sträcker sig fram till 2030 är att trygga kontinuiteten och målinriktningen i mentalvårdsarbetet. I den här rapporten redogörs för fenomen som påverkar finländarnas psykiska hälsa och psykiska välbefinnande, ges en lägesöversikt över mentalvårds- och missbrukartjänsterna, presenteras de huvudsakliga resultaten av statsunderstödsprojekt som finansierats under den första strategiperioden, redogörs för strategins övriga genomförande och ges rekommendationer för fortsättningen.

I det första kapitlet behandlas visionen och målen för strategin. Skribenterna är ordföranden för expertgruppen som utarbetat strategin för psykisk hälsa, professor Sami Pirkola, och överläkare Outi Linnaranta, som ansvarar för verkställandet av strategin för psykisk hälsa vid THL.

I det andra kapitlet beskrivs begreppet positiv psykisk hälsa och kommunernas åtgärder för att främja psykisk hälsa samt hur delaktighet anknyter till psykiskt välbefinnande. I och med att pandemin begränsade faktorer som är centrala för det psykiska välbefinnandet har medvetenheten om positiv psykisk hälsa börjat öka i skolorna, på arbetsplatserna och inom äldreservicen.

I det tredje kapitlet beskrivs tillståndet för befolkningens psykiska hälsa enligt åldersgrupp, och temat för det fjärde kapitlet är befolkningens missbruks- och beroendeproblem. I det femte kapitlet presenteras en översikt över situationen inom mentalvårds- och missbrukartjänsterna.

Den mest framträdande trenden under 2010–2021 har varit att ångest och depression ökat betydligt bland unga och likaså har efterfrågan på mentalvårdstjänster ökat. Utöver det ökade antalet besök inom öppenvården har även andelen unga som fått sjukhusvård ökat. Servicebehovet hos missbrukare och personer med beroenden är mångsidigt och den alkohol- och narkotikarelaterade dödligheten har ökat. Man har sökt lösningar genom att i social- och hälsocentralsreformen satsa på att utveckla innehållet i tjänsterna på basnivå och teknikunderstödda tjänster. Organisationerna har haft en central roll som smidiga aktörer när pandemin, hotet om krig och människor som flytt från Ukraina har ökat behovet av krishjälp. Resursbristen inom äldreservicen har återspeglats i den oro och otrygghet som både de äldre och deras närstående känner. När åldersklassen har vuxit har man också börjat upptäcka äldre personers behov av och rätt till mentalvårdstjänster.

I följande kapitel beskriver vi att sjukdagpenningar och sjukpensioner på grund av psykisk ohälsa blir allt vanligare och att psykisk hälsa har blivit den största orsaken till båda. Medan det under pandemin har blivit mer tillåtet att tala om ångest och depression, är allvarligare psykiska störningar och missbruksproblem fortfarande förknippade med stigma, vilket också återspeglas i resursfördelningen inom branschen.

Från och med kapitel tio fokuserar vi på verkställandet av strategin för psykisk hälsa och programmet för suicidprevention 2020–2022. Vi beskriver projekthelheternas mål och resultat i fem olika projekthelheter. Projekthelheterna omfattar stärkandet av kunskaperna om psykisk hälsa i kommunerna, suicidprevention, IPS – Sijoita ja valmenna!, social- och hälsocentralsreformen och programmet för psykisk hälsa i arbetslivet. Vi beskriver också THL:s stöd för verkställandet under två års tid och andra åtgärder.

Kapitel fjorton lyfter fram de viktigaste fenomenen inom psykisk hälsa och mentalvårdstjänsterna från de tidigare kapitlen och presenterar expertrekommendationer i anslutning till dessa för verkställandet de kommande åren.

Nyckelord: strategin för psykisk hälsa, psykisk hälsa, psykiska störningar, mentalvårdstjänster, främjande av psykisk hälsa, positiv psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, rehabilitering inom mentalvården, psykiatri, förebyggande mentalvårdsarbete, berusningsmedel, förebyggande alkohol- och drogärenden, missbrukartjänster, missbrukarvård, missbruksproblem, spelrelaterade skador, stigma, suicidprevention, självmord, självdestruktivitet, dödlighet

Abstract

The National Mental Health Strategy was published in early 2020. The aim of the strategy that extends until 2030 is to ensure the continuity and goal-orientation of mental health work. This report discusses phenomena affecting the mental health and mental welfare of Finns, provides a review of the status of mental health and substance abuse services, presents the main outputs of projects funded with discretionary government grants during the first strategy period, reports on other implementation of the strategy, and provides recommendations for further development.

The first chapter discusses the vision and objectives of the strategy. The authors are Professor Sami Pirkola, who chaired the specialist group that prepared the Mental Health Strategy, and Chief Physician Outi Linnaranta, who is responsible for the implementation of the strategy at THL.

The second chapter introduces the concept of positive mental health and describes the measures taken to promote mental health in municipalities and relation of inclusion to mental welfare. As the pandemic has restricted factors key to maintaining mental welfare, awareness of positive mental health has increased in schools, workplaces and services for the elderly.

The third chapter describes the state of mental health of the population by age group, and the fourth chapter is focused on substance abuse and addiction problems among the population. The fifth chapter presents a review of the situation in mental health and substance abuse services.

The most significant trend over the period 2010 to 2021 has been anxiety and depression among young people, and the corresponding significant increase in the demand for mental health services. In addition to outpatient appointments, the proportion of hospitalized young people has increased. People engaging in problematic substance use problems and those with addictions have diverse service needs. The mortality rate for substance abuse has increased. The health and social services reform aims at developing the content of primary health care services and technology-assisted services. Non-governmental organisations have played a key role as the pandemic, the threat of war and people fleeing from Ukraine have increased the need for crisis interventions. A shortage of resources in services for older people has manifested as concerns and insecurity among both older people and their close ones. As the proportion of this age group is increasing, older people's needs and right to mental health services gain attention.

In the following chapters, we describe how the proportion of people on mental health-based sickness allowance and disability pensions continue to increase; mental disorders have become the main reason for both. Talking about anxiety and depression has become more acceptable during the pandemic. Unfortunately, discrimination due to more severe mental health and substance abuse disorders remains unchanged, which is also reflected in the resourcing of the sector.

In chapter ten, we focus on the implementation of the National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention in the period 2020–2022. We describe the objectives and results of the projects in five different project entities. These include strengthening mental health competence in municipalities, suicide prevention, the IPS - Individual Placement and Support project, the reform of social and health centres and a mental health programme for working life. We also describe the support for implementation and other measures provided by THL in the two-year period.

Chapter fourteen highlights the most important phenomena in mental health and mental health services discussed in the previous chapters and presents specialists' recommendations for the implementation of the strategy in the following years.

Keywords: mental health strategy, mental health, mental health problem, mental health disorders, mental health services, mental health promotion, positive mental health, mental welfare, mental health rehabilitation, psychiatry, preventive mental health work, intoxicant, substance abuse prevention, substance abuse services, substance abuse treatment, substance abuse problems, substance abuse disorders, gambling harm, stigma, suicide prevention, suicide, self-destructive behaviour, mortality

Sisällys

Lukijalle	2
Tiivistelmä	3
1 MIELENTERVEYSSTRATEGIAN VISIO JA TAVOITTEET 2020–2022	8
2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN	12
2.1 Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi	12
2.2 Mielenterveyden edistäminen	13
2.3 Mielenterveyden edistäminen kunnissa ja alueilla	14
2.4 Osallisuuden edistäminen on panostus mielenterveyteen	17
3 VÄESTÖN MIELENTERVEYS	18
3.1 Lasten ja nuorten mielenterveys	18
3.2 Työkäisten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt	23
3.3 Ikääntyneiden mielenterveys	28
4 VÄESTÖN PÄIHDE- JA RIIPPUVUUSONGELMAT	31
4.1 Lasten ja nuorten päihteiden käyttö ja riippuvuudet	31
4.2 Työ- ja eläkeikäisten päihteiden käyttö ja riippuvuudet	34
4.3 Päihteiden ja nikotiinituotteiden käytön trendit tiiviisti	42
5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TILANNEKATSAUS	45
5.1 Mielenterveyspalveluiden käyttö ja saatavuus	45
5.2 Päihde- ja riippuvuuspalveluiden käyttö ja saatavuus	52
5.3 Teknologia-avusteisten palveluiden käyttö ja saatavuus	57
5.4 Järjestöjen toiminta ja niiden tuottamat palvelut	63
6 PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN JA KANSALLINEN KEHITTÄMINEN	69
6.1 Perustason mielenterveyspalveluiden rakenteellinen uudistus	69
6.2 Päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestäminen	71
6.3 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon muuttuva rooli	74
7 TYÖELÄMÄ – HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI JA OSALLISTUMINEN TYÖELÄMÄÄN	79
7.1 Henkilöstön hyvinvointi	79
7.2 Työhyvinvoinnin kehittyminen	80
7.3 Työhön osallistuminen sairaala- tai osastohoitoa vaatineen mielenterveyshäiriön jälkeen	81
8 ITSEMURHAKUOLLEISUUS JA ITSETUHOISUUS	82
8.1 Itsemurha-ajatukset	82
8.2 Itsemurhayritykset	82
8.3 Itsemurhakuolemat	83
9 STIGMAN ILMENEMINEN YHTEISKUNNASSA JA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA	89
9.1 Mitä stigma on?	89
9.2 Mielenterveysbarometri mittaa stigman ilmenemistä	89
9.3 Syrjintä ja stigma sosiaali- ja terveydenhuollossa	91
9.4 Kohti yhtäläisiä oikeuksia	91
10 MIELENTERVEYSSTRATEGIAN TOIMEENPANO JA TUOTOKSET	93
10.1 Mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa -hankkeet	93
Hankkeiden tekemät kuvaukset päätuotoksestaan	93
10.2 Tuetun työllistymisen IPS – Sijoita ja valmenna! -toimintamalli ja Työelämän mielenterveysohjelma	113
10.3 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman mukainen palvelujärjestelmän muutos, tavoitetila ja toimeenpano	115

11 ITSEMURHIEN EHKÄISYOHJELMAN TOIMENPIDE-EHDOTUKSET JA OHJELMAN ETENEMINEN	119
11.1 Itsemurhien ehkäisy -hankkeet	119
11.2 Haastavat vuorovaikutustilanteet -hanke (HAAVA)	127
11.3 Itsemurhien ehkäisyn verkkokoulu	128
12 THL:N MUU TOIMEENPANO.....	130
12.1 Työn ja koulutuksen ulkopuolella olevien nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen perusterveydenhuollossa.....	130
12.2 ASPAL - asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa.....	131
12.4 Tiedolla johtamisen välineiden kehittäminen.....	135
13 MIELENTERVEYSSTRATEGIA MEDIASSA	136
13.1 Itsemurhien ehkäisy.....	136
13.2 Mielen hyvinvointi	137
13.3 Mielenterveyspalvelut.....	138
14 Nykytilakuvauksen tärkeimmät havainnot ja suositukset jatkoon	140
14.1 Mielenterveys pääomana	140
14.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa	141
14.3 Mielenterveysoikeudet.....	142
14.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut.....	143
14.5 Hyvä mielenterveysjohtaminen	145
14.6 Itsemurhien ehkäisyohjelma	147
15 Väestön mielenterveyden tila 2022 – indikaattorit	148
15.1 Strategiassa nimetyt seuraintindikaattorit ja muita raportoituja indikaattoreita	148
15.2 Positiivisen mielenterveyden mittaaminen.....	153
15.3 Osallisuuden mittaaminen	154
15.4 Psykkinen kuormittuneisuus ja stressi.....	155
15.5 Päihteiden käyttö	156
15.6 Mielenterveyspalvelut – tarve ja palvelujärjestelmä.....	157
15.7 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisältöindikaattorit	157
15.8 Alkoholiperäiset kuolemat ja huumausainekuolemat.....	158
15.9 Työhyvinvointi ja työolot	158
Liite 1: Mielenterveysstrategian painopistekohtainen toimeenpano	159

1 MIELENTERVEYSSTRATEGIAN VISIO JA TAVOITTEET 2020–2022

Mielenterveysstrategian henki ja tavoitteet

Sami Pirkola, professori, mielenterveysstrategiaa laatineen asiantuntijaryhmän puheenjohtaja

Kansallisen mielenterveysstrategian 2030 laatimisen alkusysäys ajoittuu vuoden 2018 kehysriihen alla käytyihin keskusteluihin mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeista. Sen aikaisen hallituksen peruspalveluministeri Annikka Saarikko antoi toimeksi koota työryhmän laatimaan pitkäaikaista mielenterveysstrategiaa, jonka tulisi toimia mielenterveyspolitiikan selkänäojana useiden tulevien hallitusten aikana.

Tavoitteena oli turvata mielenterveyspolitiikan pitkäjänteisyys siinä, missä konkreettisemmat toimenpideohjelmat voisivat tarjota päivänpoliittiselle keskustelulle ja päätöksille valmiita ehdotuksia. Kuten strategiat yleensäkin, mielenterveysstrategiakkin sisältäisi osin arvopohjaisia painopisteitä keskusteluiden ja päätöksenteon tueksi, mutta siihen olisi sisällytettävä myös jo alustavia ehdotuksia ensimmäisen vaiheen toimenpiteiksi. Lisäksi laatimisen aloittava toimeksianto edellytti myös oman itsemurhien ehkäisyohjelman kirjoittamisen ja lasten ja nuorten erityisen huomioimisen.

Mieli 2009

Mielenterveysstrategia oli edeltänyt kansallinen mielenterveysuunnitelma, Mieli 2009 -ohjelma, jossa oli paljon strategisen ohjelman piirteitä. Sen sisältö ja vaikuttavuus oli arvioitu ulkoisen auditointiryhmän toimesta vuonna 2015. Ohjelman arvioitiin tuolloin olleen ja olevan monessa mielessä ajantasainen ja oikeisiin asioihin puuttuva, mutta sen toimeenpano oli jättänyt toivomisen varaa. Mieli 2009 ohjelman kokemuksista viisastuneena uuden mielenterveysstrategian laatimisessa tuli ottaa huomioon myös realistinen toimeenpantavuus ja sekä tehdä ehdotuksia toimenpideohjelmiksi että arvioida vaadittavia kustannuksia.

Ajan ilmiöt ja mielenterveys

Pitkäjänteisen ja tulevaisuuteen katsovan mielenterveysstrategian tarve oli tullut ilmeiseksi monien kansallisten ja globaalien tapahtumien ja virtausten myötä. Yhteiskuntaa puhuttavia suuntauksia olivat lisääntyvässä määrin kantautuvat viestit nykyisen työelämän kuluttavuudesta ja lyhytjänteisyydestä, huolet nuorison pahoinvoinnista ja palvelutarpeen jyrkästä lisääntymisestä, kestävyysvajasta, sekä ahdistuneisuudesta liittyen muun muassa ilmastonmuutokseen.

Ajan ilmiöt ja käsitykset julkisten palveluiden kantokyvyn rajoista olivat herättäneet tarpeen mielenterveyspolitiikan ohjaamisesta. Tarvittiin pitkäaikaista sitoutumista mielenterveysmyönteisiin periaatteisiin. Myös strategian vaikuttavuuden arviointiin tarvittavien mittareiden valintaan oli kiinnitettävä huomiota.

Muiden länsimaiden mielenterveysstrategioita

Strategiatyön aluksi ja keskustelun pohjaksi teetettiin laadullinen katsaus muiden länsimaiden ajankohtaisista mielenterveysstrategioista, joita tunnistettiin kuudesta vertaismaasta: Ruotsista, Norjasta, Englannista, Skotlannista, Kanadasta ja Australiasta. Nämä kansalliset mielenterveysstrategiat käytiin läpi laadullisen tutkimuksen menetelmin, etsien niistä temaattisia yhtäläisyyksiä.

Strategiat voitiin jäsentää niin, että kuuden temaattisen korin nähtiin vaikuttavan läpi näiden vertaismaiden painotusvalintojen. Nämä teemat olivat 1. terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy, 2. pal-

velut ja hoito, 3. psykiatrisia häiriöitä sairastavien somaattinen terveys, hyvinvointi ja osallisuus, 4. alkuperäiskansat ja haavoittuvat ryhmät, 5. organisaatiot, hallinto ja johtajuus ja 6. tieto ja mittaaminen.

Nämä temaattiset painopisteet olivat helposti kytkettävissä niin Mieli 2009 -suunnitelman keskeisiin teemoihin kuin WHO:n Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelmaan. Saavutettavissa olevat palvelut, yhdenvertaisuus ja haavoittuvien ryhmien huomioiminen, sekä tiedon ja johtamisen merkitys ovat vaihtelevin muotoiluin mukana kaikissa strategioissa ja muussa toiminnansuunnittelua valmistele-vassa työssä. Tämä viittaa siihen, että strateginen työskentely tuottaa ainakin länsimaissa samantyyppisiä näkemyksiä mielenterveyden merkityksestä ja siihen liittyvistä kehittämistarpeista.

Asiantuntijaryhmän lähetekeskustelu

Asiantuntijatyöryhmä kävi ennen varsinaista laatimistyötä keskustelua mielenterveyden ja mielenterveystyön kysymyksistä. Taustakeskustelujen toistuvia teemoja olivat muun muassa yhteiskunnalliset ja globaalit muutokset ja niiden tuottamat huolet; palveluiden sirpaloituneisuus; työelämän muutokset ja haasteet; lasten, nuorten ja perheiden, sekä toisaalta ikäihmisten tarpeet; sekä psykososiaalisen hoidon järjestämisen tärkeys. Teemoista saattoi jo tässä vaiheessa hahmottaa strategisen työn lähtökohdat ja toisaalta läpi strategian sittemmin vallinneen näkemyksen mielenterveyden ja mielenterveysongelmien moninaisuudesta:

- Mielenterveys on kaikkia eteenpäin vievä voima,
- Mielenterveydestä täytyy pitää huolta niin yksilöinä, kuin yhdessä,
- Mielenterveys voi häiriintyä monin tavoin ja sitä uhkaavat myös psykiatriset sairaudet,
- Vaikeissakin mielenterveyden häiriöissä voidaan tukea hyvinvointia, osallisuutta ja elämänlaatua, ja tästä vastuun kantaminen on yksi hyvinvointivaltion mittari.

Mielenterveysstrategian laatimiseen liittyvä keskustelu oli tavoitteellista ja sitoutunutta, mitä asennetta tukivat useat ulkopuolisen ammattilaisen fasilitoimat seminaarit. Samalla kun lopulliseen strategiaan päätyneet temaattiset painopisteet hahmottuivat, todettiin, ettei kaikkea tärkeäksi tunnistettavaa voi kirjata itse strategiaan, vaan on luotava ainoastaan periaatteet, jotka turvaavat myös erityisten ja haavoittuvien ryhmien huomioimisen, esimerkkinä ikääntyvän väestön tarpeet. Digitalisaatiota ei nostettu omaksi painopisteekseen.

Päihdeongelmien ja -palveluiden arvioitiin saavan tukea laaja-alaisten ja yhteensovitetun palvelukokonaisuuksien huomioimisesta ja yhteisistä mielenterveysoikeuksista.

Mielenterveysstrategia vuonna 2020–2022

Mielenterveysstrategian esittämiä toimenpiteitä on ryhdytty panemaan toimeen Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen koordinoimana ja useiden valtionavustushakukierrosten tukemana.

Erityisesti Tulevaisuuden sotekeskus -valtionavustushakukierrosten rahoituspäätöksissä painotettiin mielenterveysstrategian linjauksia. Näin muun muassa Palveluvalikoimaneuvoston psykososiaalisia hoitoja koskevan suosituksen mukaisia ja strategian painottamia ensi linjan laadukkaita avohoitopalveluita – vaikuttavat lyhytinterventiot mukaan lukien – on jo ryhdytty monilla alueilla kehittämään.

Mielenterveysstrategian tärkein merkitys on lopulta siinä itsessään, eli laatimispäätöksessä ja sitoutumisessa strategian toimeenpanoon. Kansallinen linjaus mielenterveyden keskeisestä merkityksestä kaikkien hyvinvoinnille on merkittävä periaatteellinen poliittinen kannanotto. Sen myötä kaikessa yhteiskunnan aktiivisuudessa voidaan – ja tuleekin – ottaa huomioon mielenterveyden rooli. Samoin vaikkapa yhteiskunnallisten tai globaalien tapahtumien vaikutusta myös ihmisten mielenterveyteen tulee aina punnita.

Laaditun mielenterveysstrategian ajantasaisuutta täytyy jatkossa arvioida pitkin sen vaikutuskautta vuoteen 2030 saakka. Maailman, yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän muuttuessa on oltava valmis tarkistamaan tehtyjen toimeenpanopäätösten oikeansuuntaisuutta ja tehtävä korjaavia liikkeitä tarpeen mukaan.

Tässä vaiheessa vaikuttaa siltä, että Mielenterveysstrategian linjaukset on laadittu riittävän periaatteelliseksi, jotta sen ohjausvoima säilyy vaikkapa väestörakenteen ja mielenterveystarpeiden muuttuessa. Nyt on oleellista laatia strategiaan nojaavia, mielenterveyttä ja mielenterveyspalveluita kehittämään pyrkiviä toimenpiteitä ja ohjelmia tästä eteenpäin aina hallituskausittain.

Mielenterveysstrategian toimeenpano ja toimintaympäristö

Outi Linnaranta, mielenterveysstrategian toimeenpanon koordinaatiosta vastaava ylilääkäri, THL

Pandemian alta maailmaan, jossa naapurimaa käy hyökkäyssotaa

Mielenterveysstrategia julkaistiin helmikuussa 2020, samaan aikaan kun ensimmäiset tiedot uudesta, mahdollisesti vaarallisesta viruksesta saapuivat Suomeen. Maailmanlaajuinen COVID-19 pandemia johti lopulta laajaan yhteiskunnan sulkemiseen ja ihmisten sosiaalisen kanssakäymisen rajoittamiseen.

COVID 19 -pandemian hillitsemiseksi asetetuilla rajoitustoimilla, sen vaikutuksilla sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen ja sen epäsuorilla vaikutuksilla esimerkiksi talouteen ja työllisyyteen on ollut laajoja mielenterveysvaikutuksia.

Venäjän hyökkäyssota Ukrainaan 24.2.2022 on aiheuttanut kansainvälisesti poliittisen ja taloudellisen epävakauden, tuonut Suomeen elokuuhun 2022 mennessä noin 38 000 pakolaista Ukrainasta, ja lisännyt pelkoa tilanteen kärjistymisestä myös Suomessa. Mielenterveysstrategian toimeenpano aina syksyyn 2022 asti on tapahtunut monin tavoin poikkeuksellisissa olosuhteissa.

Strategian toimeenpanoa on tuettu laajassa yhteistyössä

Sosiaali- ja terveysministeriö on toteuttanut mielenterveysstrategian ehdotuksia vuodesta 2020 lähtien. Vuosina 2020–2022 toimeenpano painottui palvelujen kehittämiseen, itsemurhien ehkäisyohjelman käynnistämiseen ja mielenterveysosaamisen lisäämiseen ihmisten arkiympäristöissä osana laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Lisäksi vuonna 2020 asetettuna tavoitteena oli mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistaminen ja itsemääräämisoikeutta koskevan lainsäädännön valmistelu.

Strategian mukaisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) suunnittelee itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanon ja vastaa sen koordinoimisesta. THL on vastannut sovitun työnjaon mukaisesti mielenterveysstrategian käytännön toimeenpanosta ja valtionavustushankkeiden tuesta.

THL:ssa toimeenpanoa on tukenut monipuolinen joukko eri alojen asiantuntijoita. Monet heistä ovat osallistuneet tämän raportin kirjoittamiseen. Valtionavustushankkeet ovat toteutuneet viitenä rahoitettuna valtionavustuskokonaisuutena. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusuudistus, mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa, itsemurhien ehkäisy ja IPS- sijoita ja valmenna! – toimintamallin käyttöönotto on toimeenpantu THL:n tukemina. Sosiaali- ja terveysministeriö on toteuttanut Työelämän mielenterveysohjelman yhteistyössä Työterveyslaitoksen, mielenterveysalan järjestöjen ja muiden kumppaneiden sekä laajan sidosryhmäverkoston kanssa.

THL:lla on ollut tehtävänä kuvata myös koulutuksen ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien nuorten mielenterveyspalveluiden toimintamalli, luoda verkkokoulutus poliiseille itsemurhien ehkäisyyn, ja laatia ja toteuttaa asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaille.

Rinnakkaiset strategiat ja ohjelmat tukevat tavoitteiden saavuttamista

Useat muut samanaikaiset strategiat, ohjelmat ja hankkeet ovat tukeneet mielenterveysstrategian tavoitteiden toteutumista (kuva 1). Päihde- ja riippuvuusstrategia julkaistiin keväällä 2021, mutta sen toimeenpanoon ei osoitettu erillisiä rahoitusta. Kansallisen lapsistrategian toimeenpano aloitettiin syksyllä 2021. Lapsistrategiaan on kirjattu lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja oikeuksien toteutumisen nykytila

sekä keskeiset tavoitteet ja toimenpiteet niiden edistämiseksi. TYÖ2030 on työn ja työhyvinvoinnin kehittämishjelma, joka tähtää toimintatapojen uudistamiseen ja teknologian tehokkaaseen hyödyntämiseen työpaikoilla sekä työelämäinnovaatioiden luomiseen.



Kuva 1. Mielensterveysstrategia ja siihen läheisesti kytköksissä olevat strategiat ja ohjelmat.

Palvelujärjestelmän kannalta merkittävä oli laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, joka hyväksyttiin 29.6.2021. Tämä on toistaiseksi suurin rakenteellinen ja sisällöllinen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista koskeva uudistus Suomessa. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä varmistaa yhdenvertaiset, yhteen toimivat ja kustannusvaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut koko maassa.

Uusien hyvinvointialueiden aloittaminen edellyttää merkittäviä muutoksia palveluiden järjestämisestä koskevissa lainsäädännössä, hallintorakenteissa, tietojärjestelmissä, henkilöstörakenteessa ja toimintamalleissa.

2 MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Nina Tamminen ja Pia Solin

2.1 Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi

Mielen hyvinvointi on vahvistettavissa oleva voimavara. Kun puhutaan mielen hyvinvoinnista, tarkoitetaan psyykkisiä voimavaroja, vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämään, toiveikkuutta, tyydytystä tuottavien sosiaalisten suhteiden olemassaoloa sekä myönteistä käsitystä omasta itsestä ja omista kehittämismahdollisuuksista. (Lahtinen ym. 1999; Tennant ym. 2007; Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016.)

Positiivinen mielenterveys (ks. mittaamisesta luku 15) on haastanut perinteisen ajattelutavan väestön sekä yksilöiden mielenterveydestä, jossa päätelmiä on tehty yksipuolisesti ja psyykkiseen oirehdiintaan perustuen. Keskittyminen pelkästään mielenterveyden häiriöihin ei anna koko kuvaa yksittäisen ihmisen tai väestön mielenterveyden tilasta, sillä sairautta ja terveyttä voi esiintyä samaan aikaan (Keyes 2005a). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että myös ihmiset, joilla on mielenterveyshäiriö, voivat kokea mielen hyvinvointia oireistaan huolimatta. Näin ajateltuna mielenterveyttä voimavarana voidaan hyödyntää myös haasteita kohdatessa. (Keyes & Simoes 2012; Vaillant 2012; Keyes 2005a.)

Positiivisen mielenterveyden ulottuvuuksia esittelevässä mallissa mielen hyvin- ja pahoinvointi ovat kaksi erillistä ulottuvuutta (kuva 1). Mielenterveys on paljon enemmän kuin mielenterveyshäiriön puuttumista. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava henkilö voi kokea onnellisuutta, pystyvyyden tunnetta, työmotivaatiota ja läheisyyttä muihin ihmisiin. Toisaalta psykiatrisesti arvioituna terve henkilö, jolla on työuupumusta, saattaa kokea olevansa onneton ja heikosti motivoitunut.



Kuva 1. Positiivisen mielenterveyden ulottuvuudet.

Korkea positiivinen mielenterveys on yhteydessä muun muassa parempaan somaattiseen terveyteen, elämänlaatuun, opiskelutaitoihin ja opintomenestykseen sekä kokemukseen sosiaalisen tuen saamisesta. Sen sijaan alhainen positiivinen mielenterveys on yhteydessä erilaisiin somaattisiin sairauksiin

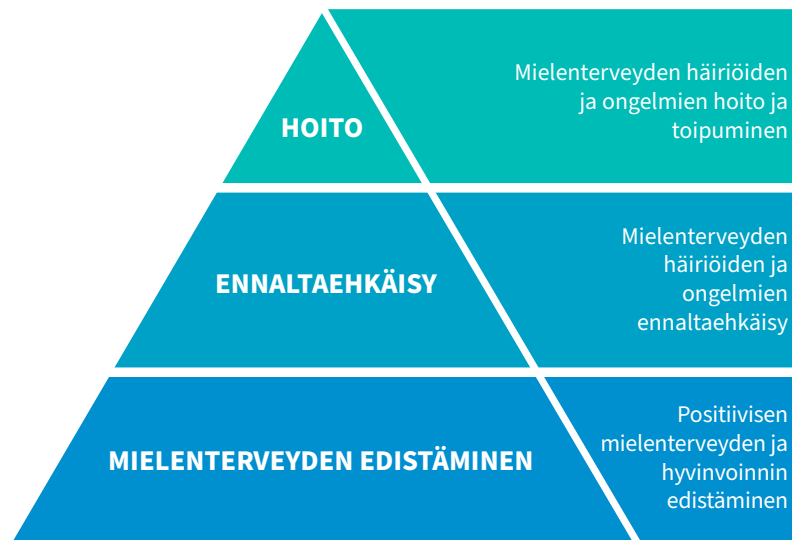
sekä vakaviin mielenterveyden häiriöihin (Keyes 2005b; Suldo & Shaffer 2008). Sairauksien ehkäisyn ja hoidon rinnalle tulisivin kehittää aiempaa enemmän positiivista mielenterveyttä vahvistavia toimenpiteitä (Keyes 2005b).

2.2 Mielenterveyden edistäminen

Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, jolla tuetaan ja vahvistetaan positiivista mielenterveyttä eli mielen hyvinvointia. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on tukea mielen hyvinvointia vahvistamalla psyykkistä hyvinvointia, voimavaroja, osaamista ja sitkeyttä sekä luomalla mielen hyvinvointia tukevia asumisololoja ja ympäristöjä.

Mielenterveys on olennainen osa terveyttä ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Hyvä mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista. Se on yksilön itsensä ja yhteiskunnan tärkeä voimavara, joka lisää sekä yksilön ja yhteisön elämänlaatua ja hyvinvointia että yhteiskunnan tuottavuutta. Mielenterveys rakentuu ja kehittyy vuorovaikutuksessa arkiympäristömme kanssa - toimivat arkiympäristöt edistävät siten mielen hyvinvointia. Mielen hyvinvointi mahdollistaa elämästä nauttimisen, tukee arjessa jaksamista ja auttaa selviytymään vastoinkäymisistä.

Mielenterveyden edistämällä voi olla yksilön ja yhteisön hyvän mielenterveyden lisäämisen avulla myös mielenterveyden ongelmia ja häiriöitä ehkäisevä vaikutus. Mielenterveyden edistämisen toimenpiteillä (promootio) ja mielenterveyden häiriöiden tai ongelmien ehkäisyn toimenpiteillä (preventio) voi olla yhteisiä rajapintoja. (Esim. WHO 2004; WHO 2005; Tamminen et al. 2016.) Mielenterveyden edistämisen vaikutuksia, mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä sekä niiden hoitoa ja toipumista kuvaa hyvin väestötason lähestymistapa mielenterveyteen kuvio (kuva 2), jossa mielenterveyden edistäminen toimii perustana.



Kuva 2. Väestötason lähestymistapa mielenterveyteen. Lähde: IUHPE 2021.

Mielenterveyttä voidaan edistää eri tasojen toimenpiteillä (kuva 3). Yksilötasolla mielenterveyttä voidaan edistää esimerkiksi tukemalla myönteistä itsetuntoa ja vahvistamalla elämänhallintakykyä; yhteisötasolla vahvistamalla sosiaalista tukea ja osallisuutta sekä lisäämällä lähiympäristöjen turvallisuutta ja viihtyisyyttä; ja yhteiskunnan rakenteiden tasolla esimerkiksi turvaamalla kaikille riittävä taloudellinen toimeentulo ja tekemällä yhteiskunnallisia päätöksiä, jotka vähentävät syrjintää ja epätasa-arvoa.

Mielenterveyteen vaikutetaan siten myös monilla muilla kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimenpiteillä. Eri sektoreiden välinen yhteistyö ja monitoimisuus on tarpeen mielenterveyden edistämisen strategioiden ja toimenpiteiden toteutumiseksi onnistuneesti.



Kuva 3. Mielen hyvinvoinnin rakentuminen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan ja rakenteiden tasolla.

2.3 Mielenterveyden edistäminen kunnissa ja alueilla

Kunnilla ja hyvinvointialueilla on vastuu edistää asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain mukaisesti (pykälät 6 ja 7). Niiden tulee yhteensovittaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintonsa ja lisäksi kuntien eri toimialojen on tehtävä keskenään yhteistyötä. Kuntien ja hyvinvointialueiden on lisäksi toimittava yhteistyössä muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuseen sisältyy myös mielenterveyden edistäminen ja toimet kuntien ja hyvinvointialueiden asukkaiden mielenterveyden vahvistamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) selvitti keväällä 2021 hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita, järjestämistä ja toimintaa vuonna 2023 toimintansa aloittavilla hyvinvointialueilla. Verkkokysely ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulevilla hyvinvointialueilla” lähetettiin tulevien hyvinvointialueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuhenkilöille. Kyselyssä selvitettiin myös mielenterveyden edistämisen tilannetta.

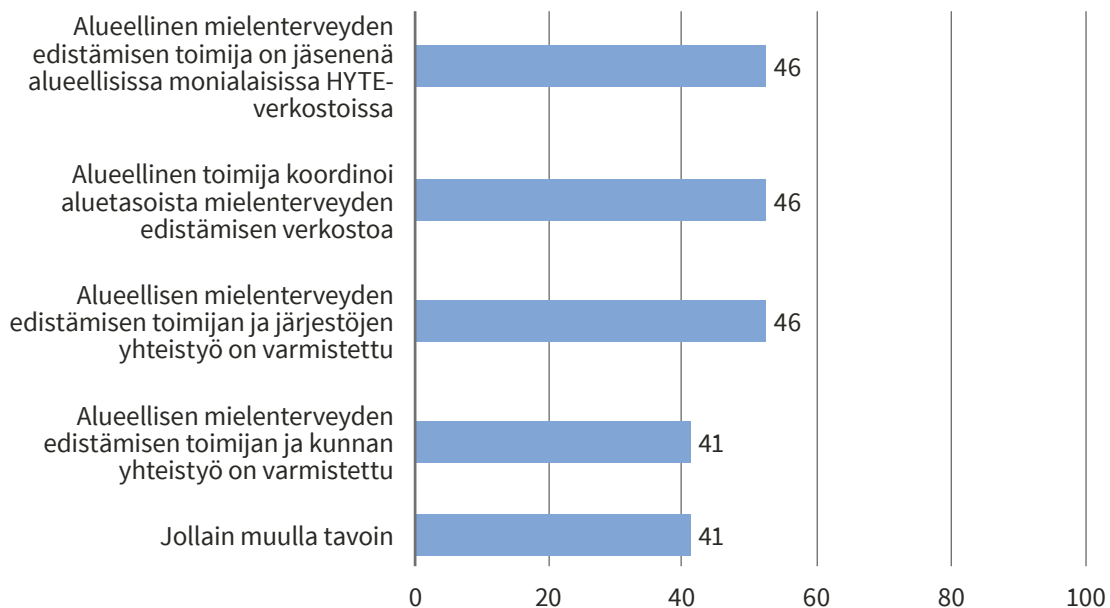
Mielenterveyden edistämisen suhteen alueiden tilanne näyttäytyi moninaiselta. Mielenterveyden edistämisen menetelmiä oli laajalti käytössä useimmilla alueilla, mutta lueteltujen toimintamallien määrä vaihteli suuresti. Edistävien toimenpiteiden ohella alueilla tunnistettiin paljon ehkäiseviä menetelmiä. Mielenterveyttä edistävien ja toisaalta mielenterveyden ongelmia ehkäisevien menetelmien erottelu olikin osin epäselvää menetelmien kuvauksissa. Eri väestöryhmiä huomioitiin mielenterveyden edistämisen toiminnoissa vaihtelevasti – mielenterveyden edistämisen menetelmiä toteutettiin eniten lasten, nuorten ja perheiden palveluissa.

Alueilla tarjottavasta mielenterveyden edistämisen koulutuksesta syntyi vaihteleva kuva; osassa alueita tarjolla oli koulutusta laajasti, osa koulutuksesta liittyi mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn, ja osassa alueita ei mainittu lainkaan mielenterveyden edistämiseen liittyvää koulutusta.

Mielenterveyden ensiapu -koulutukset (MTEA) oli selkeästi eniten käytetty mielenterveyden edistämisen osaamiseen liittyvä koulutus. Muina mielenterveyden edistämisen osaamiseen liittyvinä koulutuksina mainittiin muun muassa tunnetaitokoulutus, elämäntaitokurssi, parisuhdekoulutus, yksinäisyyskoulutus ja Luotsi-toiminnan koulutus. Usealla alueella oli lisäksi suunnitteilla tai tulossa mielenterveyden edistämisen osaamisen koulutusta (esimerkiksi tietoisuustaitoihin, motivoivaan haastatteluun, resilienssiin ja yksinäisyyteen liittyviä koulutuksia).

Mielenterveyden edistämisen koordinaation kehittämisessä esiintyi tarvetta useilla alueilla. Yhteistyö alueellisten mielenterveyden edistämisen toimijoiden ja muiden alueen toimijoiden välillä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioissa tapahtuu suurelta osin yhteisten verkostojen avulla, kuten esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyön verkostossa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen verkostossa (HYTE-verkosto) tai mielenterveyden edistämisen työryhmässä (kuvio 4). Alueellisen mielenterveyden edistämisen toimijan ja kunnan yhteistyö oli varmistettu vajaassa puolessa alueista siten, että kuntien edustajia oli mukana verkostotoiminnassa.

Yhteistyö järjestöjen kanssa oli varmistettu samalla tavoin eli järjestöillä oli vastaavasti edustus alueellisissa verkostoissa. Vastaajista vajaa puolet ilmoitti, että alueellinen mielenterveyden edistämisen toimija on jäsenenä alueellisissa monialaisissa HYTE-verkostoissa. Muita tapoja, joilla mielenterveyden edistämisen toimijat ovat yhteydessä muihin toimijoihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioissa, mainittiin esimerkkeinä HYTE-johtoryhmätoiminta ja alueellinen HYTE-työryhmätoiminta sekä yksittäisten hankkeiden kautta.



Kuvio 4. Alueelliset mielenterveyden edistämisen toimijat yhteydessä muihin toimijoihin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asioissa (%). Lähde: THL..

Suurin osa alueista tunnisti mielenterveyden edistämiseen liittyviä tuen tai kehittämisen tarpeita. Esiin nousi muun muassa mielenterveyden edistämisen käsitteen laaja-alainen ymmärtäminen ja sen toteuttaminen ja käyttöönotto alueella. Tähän liittyen usea vastaaja mainitsi myös mielenterveysosaamisen vahvistamisen ja mielenterveystaitojen lisäämisen olevan kehittämisen tavoitteena.

Mielenterveyden edistäminen arkiympäristöissä kattaen koko elinkaaren lähtien liikkeelle neuvolasta ja lapsista ja nuorista ikääntyneisiin saakka oli tunnistettu kehittämisen tarpeeksi. Lisäksi

vaikuttavien ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönotto mainittiin kehittämistarpeiksi. Huolta aiheuttivat jossakin määrin myös koronan vaikutukset mielenterveyteen sekä mielenterveyden edistämisen toiminnan resurssipula. Alueellinen, monialainen yhteistyö oli myös tunnistettu useilla alueilla kehittämisen kohteiksi.

Lähteet

- Appelqvist-Schmidlechner K., Tuisku K., & Tamminen N., Nordling E., Solin P. (2016). [Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?](#) Suomen lääkärilehti 24:1759-1764.
- Keyes, Corey (2005a). [Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health.](#) J Consult Clin Psychol 73:539–47.
- Keyes, Corey (2005b). [Chronic physical conditions and aging: is mental health a potential protective factor?](#) Ageing Int 30:88–104.
- Keyes, Corey & Simoes Eduardo (2012). [To flourish or not.](#) Positive mental health and all-cause mortality. Am J Public Health 10:2164–72.
- Kilpeläinen K., Savolainen N., Rotko T., Kauppinen T., Markkula J., Tamminen N. (2021). [Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueilla 2021.](#) Työpaperi 22/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Lahtinen E., Lehtinen V., Riikonen E., Ahonen J. (toim.) 1999: [Framework for promoting mental health in Europe.](#) Helsinki: Stakes.
- [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.](#) 612/2021. Finlex.
- Solin P., Partonen T., Suvisaari J., Tamminen N., Viertiö S. (2018). [Psykykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys.](#) Teoksessa Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K., Koskinen S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Raportti 4/2018.
- Suldo Shannon & Emily Shaffer (2008). [Looking Beyond Psychopathology: The Dual-Factor Model of Mental Health in Youth.](#) School Psychology Review 37(1):52-68.
- Tamminen, N., Solin, P., Barry, M. M., Kannas, L., Stengård, E. & Kettunen, T. (2016). [A systematic concept analysis of mental health promotion.](#) International Journal of Mental Health Promotion 18 (4), 177–198.
- Tennant R., Hiller L., Fishwick R. ym. (2005). [The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale \(WEMWBS\): Development and UK validation.](#) Health Qual Life Outcomes 5:63.
- Vaillant, George (2012). [Positive mental health: is there a cross-cultural definition?](#) World Psychiatry 11:93–9.
- World Health Organization (2004). [Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report / a report of the World Health Organization dept.](#) of Mental health and substance abuse in collaboration with the Prevention research centre of the universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). [Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice.](#) A report of the World Health Organization, Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.

2.4 Osallisuuden edistäminen on panostus mielen terveyteen

Lars Leemann

Osallisuus (ks. mittaamisesta luku 15) tarkoittaa mahdollisuutta elää omannäköistä elämää, vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin ja päästä osalliseksi yhteisen hyvän tuottamiseen ja jakamiseen (Isola ym. 2017). Tutkimusten perusteella osallisuuden kokemus ja mielen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa; mielen terveyden haasteet voivat heikentää kokemusta osallisuudesta ja heikompi osallisuuden kokemus voi puolestaan haitata psyykkistä toimintakykyä. Osallisuuden kokemus on merkittävä voimavara, joka tukee ihmisten psyykkistä hyvinvointia. (Isola & Leemann 2021.)

On tärkeää tunnistaa erilaisia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön toimintakykyyn sekä vaikuttamisen mahdollisuuksiin. Näin voidaan kehittää parempia palveluita ja ihmisille väyliä päästä osalliseksi mielekkääksi koettuun elämään.

Osallisuuden ja mielen terveyden edistäminen kulkevat usein käsi kädessä. Euroopan sosiaalirahaston hanketoiminta on tuottanut vuodesta 2014 asti useita käytäntöjä mielen terveyden tukemiseen. Osallisuuden mallit pitävät sisällään yli 80 konkreettista Innokylässä olevaa arvioitua toimintamallia. Ne ovat työkaluja ja keinoja erityisesti heikommassa asemassa olevien osallisuuden edistämiseen sekä palveluiden ja toimintojen kehittämiseen.

Muun muassa seuraavat osallisuuden edistämisen arvioidut toimintamallit voivat osaltaan tukea mielen hyvinvointia suoraan tai välillisesti:

- [Mielen terveyden kokemusasiantuntija asiakkaan tukena palveluissa](#)
- [Kokemuksia välittäen – kokemustoimijoiden työtehtävien välitystoiminta](#)
- [Luova toiminta keinona harjoitella epäonnistumisia – Mokaamalla oppiminen](#)
- [Elävä portfolio – oman osaamisen tunnistamisen prosessi](#)
- [Luontoseteli mielen terveyden edistämisen tukena](#)
- [Ajankäytön riittävyys osallisuustyössä rakentaa luottamusta](#)
- [Työntekijän roolinmuutos](#)
- [Mielen terveyden ensiapukurssien soveltaminen vankiloissa](#)

Menetelmäkuvaukset löytyvät osoitteesta innokyla.fi

Viitteet

Isola A-M., Kaartinen H., Leemann L., Lääperi R., Schneider T., Valtari S., Keto-Tokoi A. (2017). [Mitä osallisuus on?](#) Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL työpaperi 33/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Isola Anna-Maria ja Leemann Lars (2021). [Osallisuuden kokemus on hyvinvoinnin ja terveyden tekijä.](#) Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 58(4): 381–383.

3 VÄESTÖN MIELENTERVEYS

3.1 Lasten ja nuorten mielenterveys

Terhi Aalto-Setälä, Olli Kiviruusu, Lars Leemann

Lasten ja nuorten pahoinvoinnin ja mielenterveysongelmien oletetaan globaalisti lisääntyneen viime vuosina, erityisesti tytöillä. Luotettaviin diagnooseihin perustuvaa tietoa Suomesta ei ole. Suomalaisissa kyselytutkimuksissa tyttöjen masennus- ja ahdistusoireilun on havaittu yleistyneen, mutta toisaalta monien oirekokonaisuuksien, esimerkiksi käytös- ja päihdeoireilun, esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai jopa vähentynyt (Kronström ym. 2020; Gyllenberg ym. 2018; Mishina ym. 2018; Sourander ym. 2012).

Koronaviruksen aiheuttama COVID-19-pandemia ja sen hillitsemiseksi toimeenpannut rajoitustoimet ovat koetelleet kaikenikäisen väestön hyvinvointia ja mielenterveyttä, mutta erityisen suuriksi mielenterveysvaikutukset arvioidaan nuorten ikäryhmissä. Esimerkiksi etäkoulujärjestelyt ja harraste-toiminnan rajoitteet heikensivät nuorten mahdollisuutta kehitysvaiheen mukaisesti tärkeisiin ikätoverikontakteihin ja heiltä saatavaan sosiaaliseen tukeen. Laajassa pandemian mielenterveysvaikutuksia kartoittaneessa meta-analyysissä todettiin lasten ja nuorten kliinisesti merkittävän masennus- ja ahdistusoireilun kaksinkertaistuneen pandemian aikana (Racine ym. 2021).

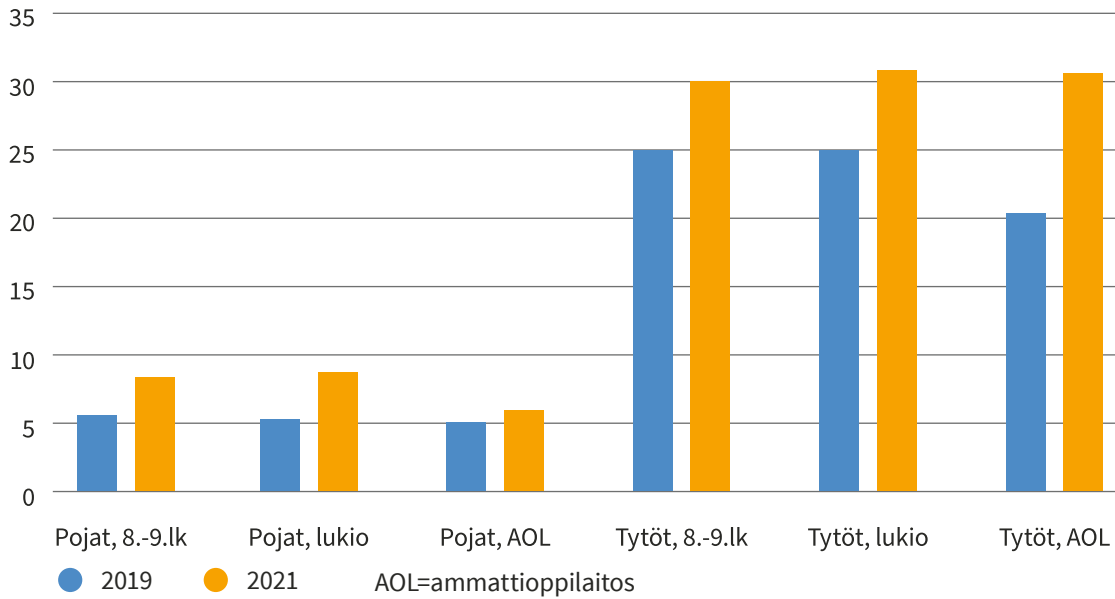
Yksi Kansallisen mielenterveysstrategian 2020–2030 painopisteistä on lasten ja nuorten mielenterveys. Lasten ja nuorten osalta strategian seurantaindikaattoreita ovat Kouluterveyskyselystä saatavat ahdistuneisuuden, positiivisen mielenterveyden, kiusaamisen ja yksinäisyyden indikaattorit.

Viimeisin Kouluterveyskysely on toteutettu maaliskuussa 2021, noin vuosi mielenterveysstrategian julkaisemisen jälkeen. Seurantaindikaattoreissa keväällä 2021 saadut tulokset kuvaavat lasten ja nuorten psyykkistä hyvinvointia strategian toimeenpanon alkuvaiheessa. Vertaamalla tuloksia aiempien Kouluterveyskyselyjen havaintoihin voidaan samalla arvioida koronapandemian vaikutuksia lasten ja nuorten hyvinvointiin (Aalto-Setälä ym. 2021).

Ahdistuneisuus

Kouluterveyskyselyssä on mitattu nuorten ahdistuneisuutta vuodesta 2013 lähtien. Tyttöjen ahdistuneisuudessa – erityisesti lukiolaistytöillä – on jo aiemmin todettu nouseva trendi, kun taas pojilla ahdistuneisuuden esiintyvyys on ollut pandemiaan asti melko tasaista (Helakorpi & Kivimäki 2021). Keväällä 2021 todettiin sekä tyttöjen että poikien ahdistuneisuuden yleistyneen: tytöistä 30 prosenttia ja pojista noin 8 prosenttia raportoi kohtalaista tai vaikeaa ahdistuneisuutta. Kouluasteittain tarkasteltuna muutokset olivat varsin samanlaisia. Tytöillä ahdistusoireilussa tapahtunut muutos oli suurempi kuin pojilla (Kuvio 1).

Kuitenkin suhteutettuna vuodesta 2013 alkaviin kehityskulkuihin, pandemian aikaiset muutokset näyttäytyivät yhtä suurina tytöillä ja pojilla (Kiviruusu ym. 2022). Sekä etäkoulussa vietetyn ajan pituus että erityisesti sen aikana koetut puutteet opiskelun tuessa olivat selvässä yhteydessä ahdistuneisuuteen (Kiviruusu ym. 2021).

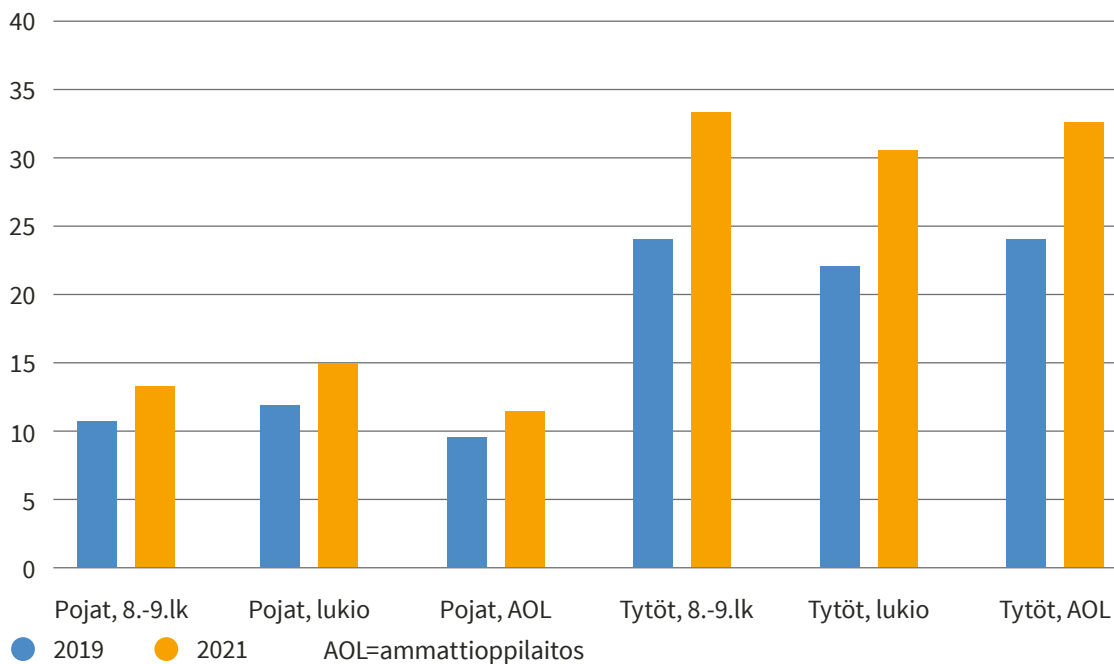


Kuvio 1. Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus sukupuolen ja kouluasteen mukaan vuosina 2019 ja 2021 (%).
Lähde: Kouluterveyskysely 2019 ja 2021.

Masennusoireilu

Keväällä 2021 yli kaksi viikkoa kestäneitä masennusoireita raportoi yli 30 prosenttia tytöistä kaikissa nuorten vastaajaryhmissä. Poikien keskuudessa masennusoireilu oli yleisintä lukiota käyville nuorilla (15 %). Kaikissa vastaajaryhmissä todettiin masennusoireilun lisääntyneen pandemiaa edeltäneeseen mittaukseen verrattuna sekä tytöillä että pojilla. Tytöillä oireilun lisääntyminen oli voimakkaampaa kuin pojilla (Kuvio 2).

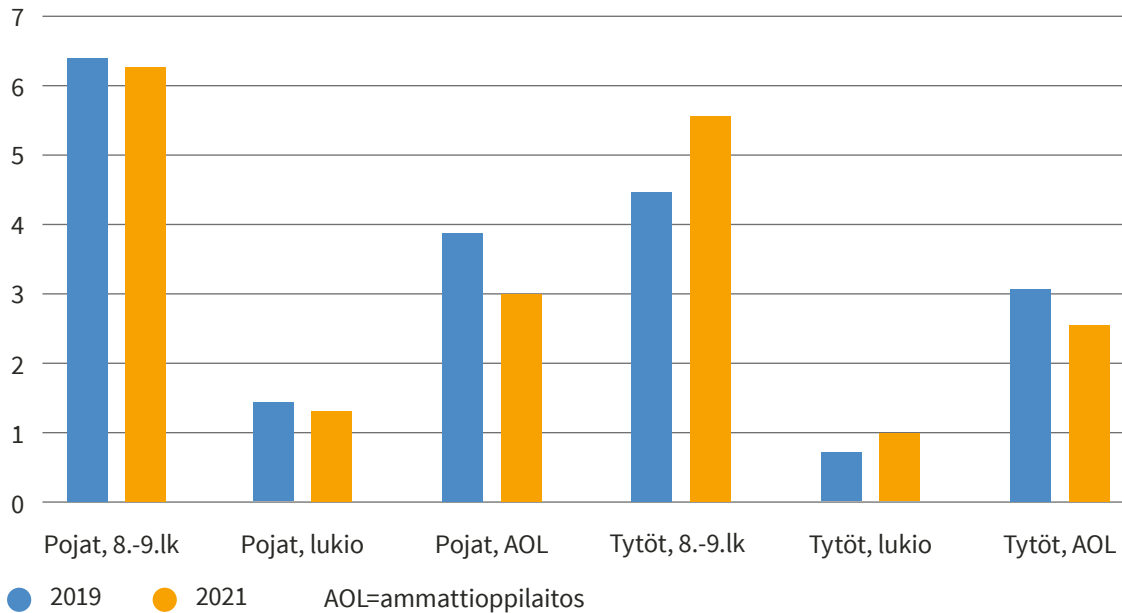
Havainnot peruskoulun 4.–5.-luokkalaisten osalta olivat samansuuntaisia: keväällä 2021 tytöistä neljäsosa (25 %) ja pojista noin viidesosa (19 %) raportoi masennusoireita, kun vastaavat osuudet vuonna 2019 olivat tytöillä 17 prosenttia ja pojilla 14 prosenttia.



Kuvio 2. Vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusoireilu sukupuolen ja kouluasteen mukaan vuosina 2019 ja 2021 (%). Lähde: Kouluterveyskysely 2019 ja 2021.

Kiusaaminen

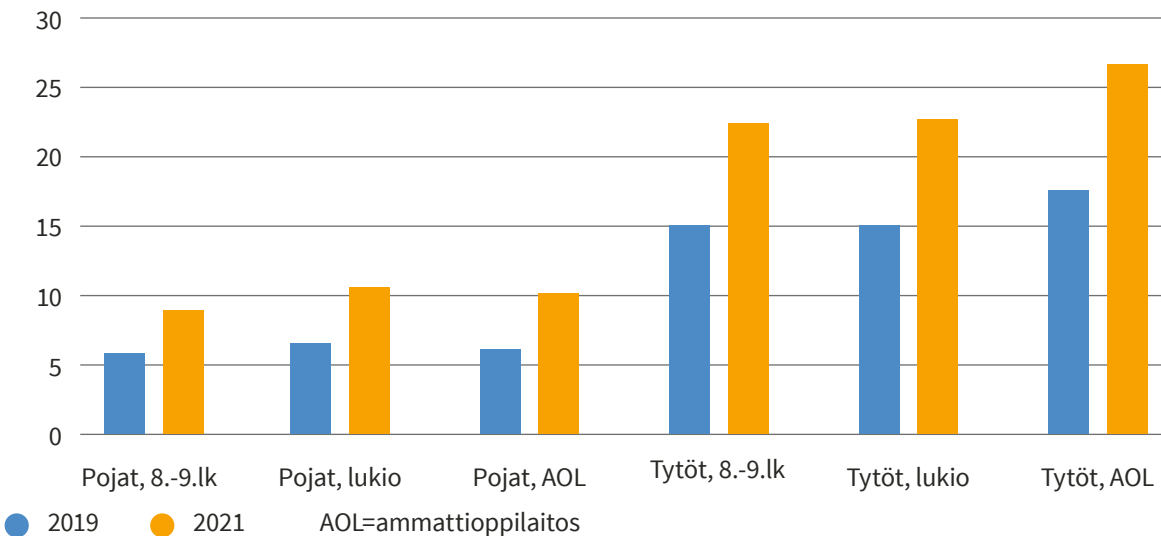
Koulukiusaamista raportoi noin 4 prosenttia vastaajista. Yleisimpiä kiusaamisen kokemukset olivat peruskoulun 8.–9.-luokkalaisilla; vähiten koulukiusaamista kokivat lukio-opiskelijat. Kiusaaminen vähentyi ammatillisten oppilaitosten pojilla ja lisääntyi 8.–9.-luokkalaisilla tytöillä. Koulukiusattuna olemisen yleisyydessä ei Kouluterveyskyselyn valossa todettu suuria muutoksia vuosien 2019 ja 2021 välillä (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vähintään kerran viikossa koulukiusattuna olleet sukupuolen ja kouluasteen mukaan vuosina 2019 ja 2021 (%). Lähde: Kouluterveyskysely 2019 ja 2021.

Yksinäisyys

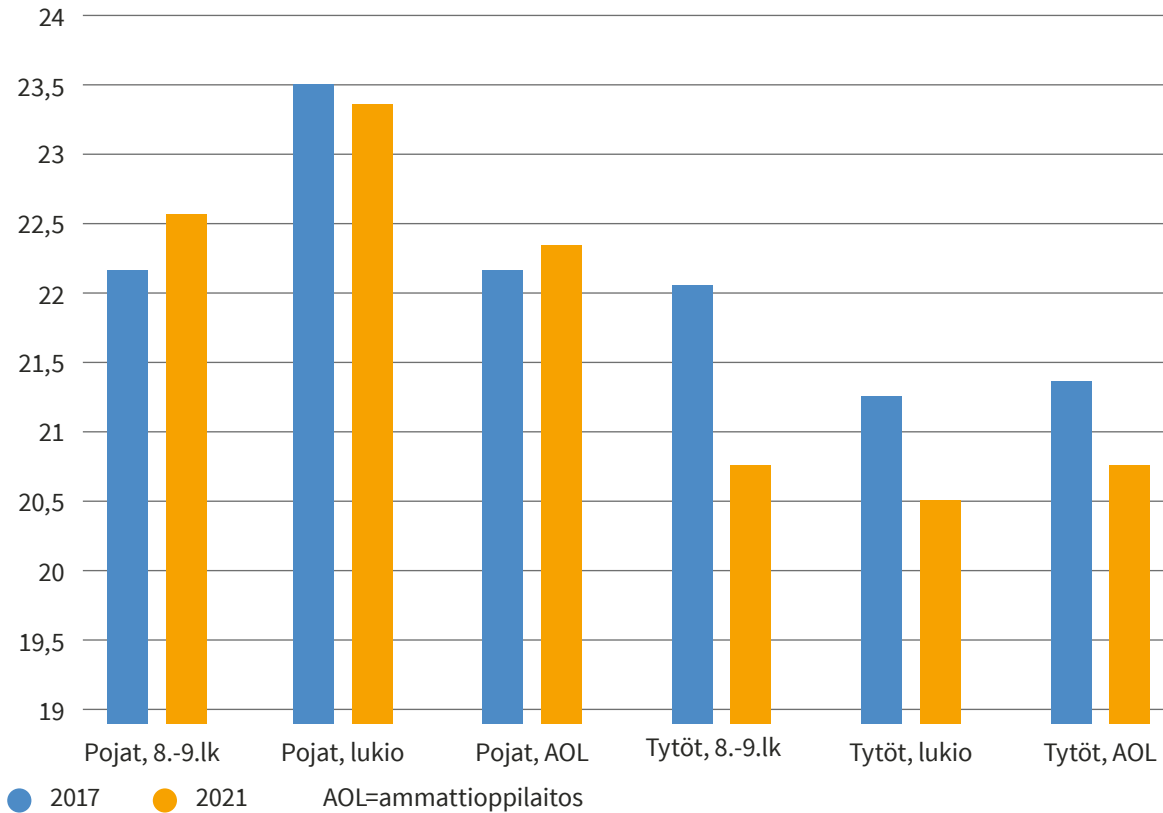
Noin kymmenes pojista ja neljännes tytöistä raportoi kokevansa yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti kevään 2021 Kouluterveyskyselyssä. Yleisintä yksinäisyys oli ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilla tytöillä. Yksinäisyyden kokemukset olivat seuranta-aikana yleistyneet kaikissa nuorten vastaajaryhmissä sekä tytöillä että pojilla (Kuvio 4).



Kuvio 4. Itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi tuntevien osuus sukupuolen ja kouluasteen mukaan vuosina 2019 ja 2021 (%). Lähde: Kouluterveyskysely 2019 ja 2021.

Positiivinen mielenterveys

Kouluterveyskyselyssä nuorten positiivista mielenterveyttä (ks. myös luku 2.1) mitattiin vuonna 2021 ja tätä edeltävästi vuonna 2017. Tyttöjen positiivisessa mielenterveydessä havaittiin heikentymistä seuranta-aikana kaikissa vastaajaryhmissä. Peruskoulun 8.–9.-luokkien sekä ammatillisten oppilaitosten pojat raportoivat positiivisen mielenterveyden vahvistumista (Kuvio 5).



Kuvio 5. Positiivinen mielenterveys sukupuolen ja kouluasteen mukaan vuosina 2017 ja 2021 (keskiarvot). Lähde: Kouluterveyskysely 2019 ja 2021.

Osallisuus

Kouluterveyskyselyssä nuorten osallisuuden kokemus oli vuonna 2019 samalla tasolla kuin aikuisväestöllä FinSote tutkimuksessa. Osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 8.–9.-luokkalaisten, lukiolaisten ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoiden keskuudessa 75 pistettä (ks. osallisuuden mittaamisesta luku 15.3). Koulukiusaajilla ja kiusatuksi joutuvilla oli muita heikompi osallisuuden kokemus. Mitä useammin osallistuu kiusaamiseen tai joutuu kiusatuksi, sitä heikompi osallisuutta nuori kokee (Virrankari ym. 2020).

Myös vanhempien taholta koetulla henkisellä ja fyysisellä väkivallalla on havaittu olevan yhteys nuorten osallisuuden kokemukseen siten, että väkivaltaa kokeneilla on muita heikompi osallisuuden kokemus (Virrankari ym. 2021a; 2021b). Samoin on huomattu, että seksuaalista häirintää tai seksuaaliväkivaltaa kokeneilla nuorilla on selvästi muita nuoria heikompi osallisuuden kokemus (Virrankari & Leemann 2022a; 2022b).

Vuonna 2021 koronaepidemian aikana toteutetussa Kouluterveyskyselyssä osallisuusindikaattorin keskiarvo oli huomattavasti matalampi, 71,8 pistettä. Myös osallisuuden kokemuksen osalta vuosien välillä ero oli tytöillä selkeästi suurempi verrattuna poikiin, eli jo olemassa ollut sukupuoliero kasvoi entistään. Vuonna 2022 julkaistavassa Nuorten elinolot vuosikirjassa tarkastellaan tarkemmin nuorten osallisuuden kokemusta ja siinä tapahtuneita muutoksia vuosina 2019–2021.

Lopuksi

Suurin osa lapsista ja nuorista voi hyvin. Pitkittänyt koronapandemia on kuitenkin lisännyt lasten ja nuorten psyykkistä kuormittuneisuutta ja oirehdintaa sekä heikentänyt osallisuuden kokemusta. Kyse-lyssä ilmoitettu kokemus ahdistuneisuudesta tai masennuksesta ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki tar- vitsisivat oireisiin hoitoa. Luotettavaa arviota hoitoa tarvitsevien osuudesta ei kuitenkaan ole.

Edellä raportoidut luvut kuvaavat tilannetta keväällä 2021, noin vuosi pandemian alun jälkeen. Tu- levassa kevään 2023 Kouluterveyskyselyssä saadaan tärkeää seurantatietoa siitä, mihin suuntaan tilan- ne on kehittynyt. Helmikuussa syttynyt Ukrainan sota aiheuttaa myös suomalaisille lapsille ja nuorille psyykkistä kuormitusta, joka saattaa osalla lapsista ja nuorista vaikeuttaa koronapandemian haitallisista seurauksista toipumista (Poletti ym. 2022). On tärkeää, että tilannetta seurataan sekä väestö- että yk- silötasolla pyrkien tunnistamaan ne lapset ja nuoret, jotka tarvitsevat ulkopuolista tukea tai hoitoa suo- tuisan kehityksen turvaamiseksi.

Viitteet

- Aalto-Setälä T., Suvisaari J., Appelqvist-Schmidlechner K., Kiviruusu O. (2021). [Pandemia ja nuorten mielenterveys - Kou- luterveyskysely 2021](#). Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Appelqvist-Schmidlechner K., Tuisku K., Tamminen N., Nordling E., Solin P. (2016). [Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?](#) Suomen Lääkärilehti 71: 1759-64.
- Gyllenberg D., Marttila M., Sund R., Jokiranta-Olkonieniemi E., Sourander A., Gissler M., Ristikari T. (2021). [Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts](#).
- Helakorpi S. & Kivimäki H. (2021). [Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2021: Iso osa lapsista ja nuorista on tyytyväisiä elämäänsä – yksinäisyyden tunne on yleistynyt](#). Tilastoraportti 30/2021, 17.9.2021. Terveyden ja hyvinvoin- nin laitos (THL).
- Kiviruusu O., Haravuori H., Lindgren M., Therman S., Marttunen M., Suvisaari J., Aalto-Setälä T. (2021). Generalized anxiety among Finnish youth from 2013 to 2021—trend and the impact of COVID-19.
- Kronstrom K., Multimäki P., Ristikari T., Parkkola K., Sillanmaki L., Sourander A. (2020). [Ten-year changes in the psycho- social well-being, psychopathology, substance use, suicidality, bullying, and sense of coherence of 18-year-old males: a Finnish population-based time-trend study](#). Eur Child Adolesc Psychiatry 2021 Feb;30(2):313-325. doi: 10.1007/s00787-020-01517-4.
- Poletti M., Preti A., & Raballo A. (2022). [From economic crisis and climate change through COVID-19 pandemic to Ukrai- ne war: a cumulative hit-wave on adolescent future thinking and mental well-being](#). Eur Child Adolesc Psychiatry 2022 Apr 9;1-2. doi: 10.1007/s00787-022-01984-x.
- Racine N., McArthur BA., Cooke JE., Eirich R., Zhu J., Sheri Madigan S. (2021). [Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19](#). A Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021;175(11):1142-1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482
- Sourander A., Koskelainen M., Niemela S., Rihko M., Ristikari T., Lindroos J. [Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents](#). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012; 21(12): 665–671.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021: [Kouluterveyskysely](#). www.thl.fi/kouluterveyskysely
- Virrankari L., Leemann L. & Kivimäki H. (2020). [Osallisuuden kokemus ja koulukiusaaminen: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 35/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Virrankari L., Leemann L. & Kivimäki Hanne (2021a). [Osallisuuden kokemus ja vanhempien henkinen väkivalta: Kouluter- veykskyselyn 2019 tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 38/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Virrankari L., Leemann L. Kivimäki H. (2021b). [Osallisuuden kokemus ja vanhempien fyysinen väkivalta: Kouluterveysky- selyn 2019 tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 39/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Virrankari L. ja Leemann L. (2022a). [Osallisuuden kokemus ja seksuaalinen häirintä: Koulu-terveyskyselyn 2019 tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 13/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Virrankari L. ja Leemann L. (2022b). [Osallisuuden kokemus ja seksuaaliväkivalta: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 14/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

3.2 Työikäisten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt

Jaana Suvisaari, Pia Solin, Lars Leemann

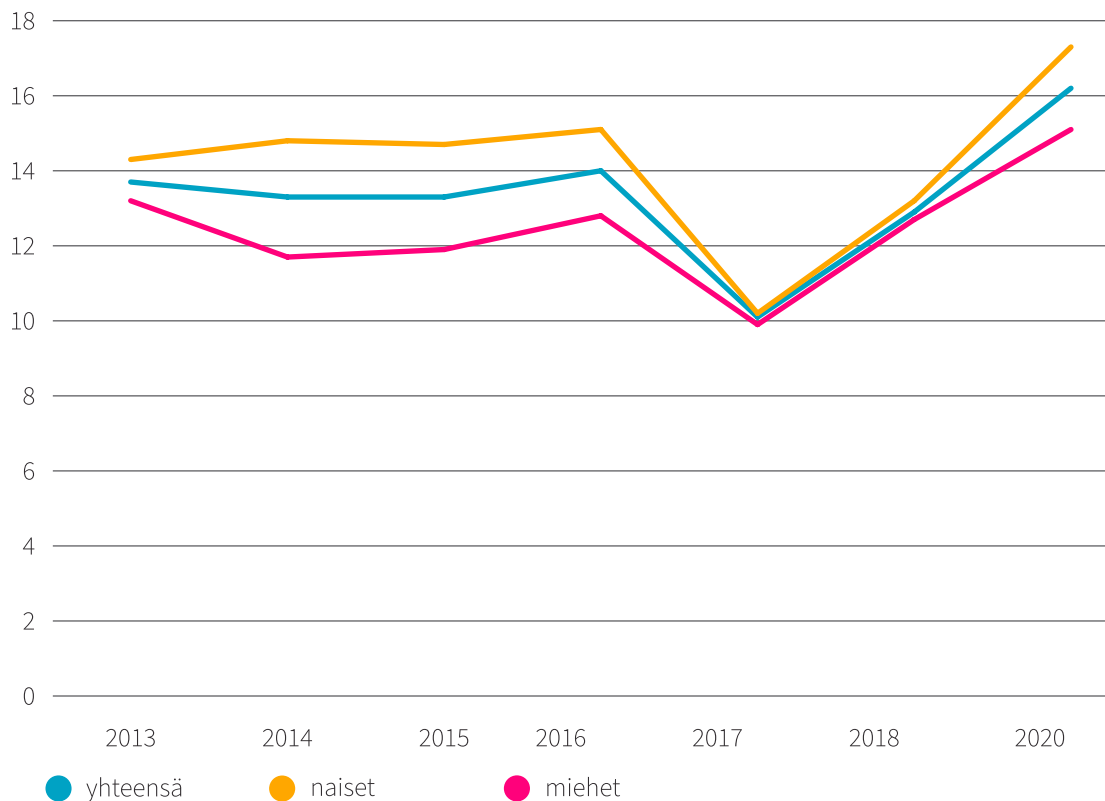
Työikäisten mielenterveys ja mielenterveyshäiriöt

Kansallinen mielenterveysstrategia julkistettiin 11.2.2020. Kolme viikkoa aiemmin oli julkisuuteen tullut ensimmäisiä tietoja Kiinan Wuhanissa havaituista uudentyypin koronaviruksen aiheuttamista tautitapauksista, ja reilua kuukautta myöhemmin, 16.3.2020, valtioneuvosto teki koronaepidemian leviämisen rajoittamiseksi päätöksen, jonka mukaan maassa vallitsevat valmiuslain mukaiset poikkeusolot. Tämän jälkeen koronaepidemia on viimeisen kahden vuoden ajan vaikuttanut jokaisen suomalaisen elämään.

Epidemiolla, sen hillitsemiseksi asetetuilla rajoitustoimilla, sen vaikutuksilla sosiaali- ja terveystalouden saatavuuteen ja sen epäsuorilla vaikutuksilla esimerkiksi talouteen ja työllisyyteen on ollut mielenterveysvaikutuksia (Rissanen ym. 2020, Lammi-Taskula ym. 2022, Suvisaari ym. 2020, Suvisaari ym. 2021, 2021a, Suvisaari ym. 2022).

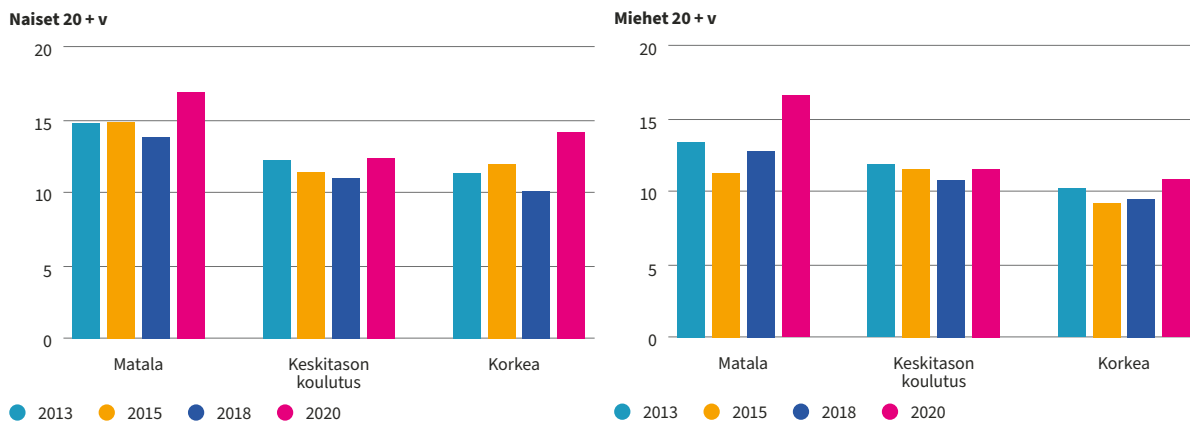
Epidemiatilanteessa rauhallisemmat vaiheet ja rajoitustoimia edellyttäneet pahenemisvaiheet ovat vaihdelleet nopeasti. Arjesta on tullut vaikeammin ennakoitavaa. Ukrainan sodan syttyminen 24.2.2022 on aiheuttanut kansainvälisesti poliittisen ja taloudellisen epävakauden. Mielenterveyden kehityskulkuja 2020-luvun alkuvuosina tarkasteltaessa on huomioitava yhteiskunnallisesti poikkeuksellinen ajanjakso.

FinSote-tutkimuksen vuoden 2020 kysely kerättiin syyskuun 2020 ja helmikuun 2021 välillä eli aikana, jolloin Suomessa oli koronaepidemian toinen aalto. Tutkimuksessa havaittiin, että työikäisten psyykkinen kuormittuneisuus oli yleistynyt sekä miehillä että naisilla (Kuvio 1). Merkittävin muutos havaittiin 20–49-vuotiailla (Suvisaari ym. 2021a).



Kuvio 1. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus työikäisistä (20–64-vuotiaat) (%). Lähde: THL, Finsote.

Psykkinen kuormittuneisuus on jonkin verran yleisempää matalasti koulutetuilla kuin niillä, joilla on korkeampi koulutustaso. Koronaepidemian aikana psykkinen kuormittuneisuus lisääntyi matalasti koulutetuilla. Naisten kohdalla havaittiin psykkisen kuormittuneisuuden lisääntyminen myös korkeasti koulutetuilla (Kuvio 2.). Korkeasti koulutetuilla naisilla havaittiin myös itsemurha-ajatusten yleistymisen aikaisempaan tasoon verrattuna (Suvisaari ym. 2021).



▲ Lähde: ATH- ja FinSote -tutkimukset 2013–2020, THL.

Kuvio 2. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus koulutustason mukaan miehillä ja naisilla vuosina 2013–2020 (%).

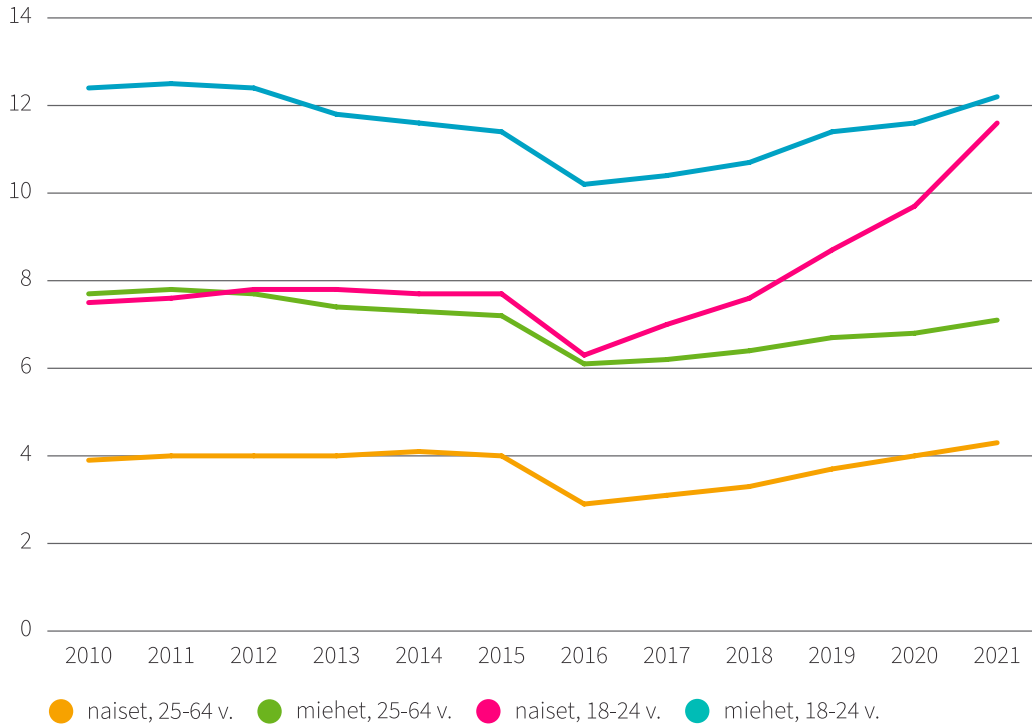
Koronaepidemian pitkittyminen heijastui erityisesti nuorten aikuisten psykkiseen hyvinvointiin. Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus toteutettiin helmikuussa 2021 ja päättyi maaliskuussa 2021 koronaepidemian kolmannen aallon aikana (Parikka ym. 2022). Psykkistä kuormittuneisuutta mitattiin samalla MHI-5-kyselyllä kuin FinSote-tutkimuksessakin. Tutkimuksen perustulokset on julkaistu Terveystemme.fi-palvelussa (<https://www.terveytemme.fi/kott/>).

Tulosten mukaan psykkinen kuormittuneisuus oli korkeakouluopiskelijoilla vielä yleisempää kuin samanikäisessä yleisväestössä: naisista 40 prosenttia ja miehistä 28 prosenttia oli psykkisesti merkittävästi kuormittuneita (Suvisaari ym. 2022).

Tilastokeskus on toteuttanut kevästä 2020 alkaen Valtioneuvoston toimeksiannosta Kansalaispulsso-kyselysarjaa, jossa on tarkasteltu koronaepidemian vaikutuksia väestöön monipuolisesti. Kysely on sisältänyt koettuun stressiin liittyvän kysymyksen, jonka pohjalta voi arvioida stressiin liittyvää mielenterveysoireilua väestössä. Myös Kansalaispulsso-tulosten mukaan eniten stressiä ovat kokeneet 15–29-vuotiaat. Koettu stressi on vaihdellut koronaepidemiatilanteen mukaan. Keväällä 2022 Ukrainan sota lisäsi väestön kokemaa stressiä ja huolta. Tilanne helpotti jonkin verran kesällä, mutta syyskuussa 2022 oli nähtävissä jälleen stressin lisääntyminen etenkin 15–44-vuotiailla. (<https://valtioneuvosto.fi/tietoa-koronaviruksesta/kansalaispulsso>)

Mielenterveyshäiriöt

Seuraavassa käsitellään palvelujärjestelmästä kansallisten rekistereiden kautta saatuja tietoja. KELA kerää tietoa reseptikorvauksen saaneiden lääkkeiden ostoista. Masennuslääkkeiden käyttö väheni 2010-luvulla työikäisillä vuoteen 2016 asti, minkä jälkeen se on lisääntynyt. Lisääntyminen on ollut erityisen merkittävää 18–24-vuotiailla naisilla. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Masennuslääkkeiden käyttö vuosina 2010–2021 työikäisillä (%). Lähde THL Sotkanet, indikaattorit 2355 ja 2356.

Naisten kohdalla on samoina vuosina havaittu mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaalla olleiden osuudessa huomattava lisääntyminen. Etenkin korkeakouluopiskelijat ja nuoret aikuiset ovat hakenet lisääntyvästi apua mielenterveyteen liittyviin ongelmiin koronaepidemian aikana (Suvisaari ym. 2021).

Psykiatriseen lääkehoitoon vaikean mielenterveyshäiriön vuoksi myönnetyn erityiskorvausoikeuden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut muutoksia 2010-luvulla. Vuonna 2010 esiintyvyyttä oli 18–24-vuotiailla 0,8 prosenttia ja vuonna 2021 0,7 prosenttia. Esiintyvyyttä oli 25–64-vuotiailla 2,3 prosenttia vuonna 2010 ja 2,1 prosenttia vuonna 2021. Nuorten aikuisten kohdalla esiintyvyydessä tai sen muutoksissa ei ole sukupuolieroja. 25–64-vuotiailla naisilla on vähäinen esiintyvyyden lasku vuoden 2010 2,3 prosentista vuoden 2021 2,0 prosenttiin, kun taas miesten kohdalla ei vastaavaa muutosta ollut.

Positiivinen mielenterveys ja osallisuuden kokemus

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen (ks. mittaamisesta luku 15.2) antaa yksilötasolla työkaluja potilaan tai asiakkaan hyvinvoinnin arviointiin ja seurantaan. Väestötason tutkimus tarjoaa viitearvoja ja mahdollistaa vertailun väestöryhmien kesken esimerkiksi koulutus- tai sosiaaliryhmien välillä. Kun väestötason tietoon mielenterveysoireista yhdistetään positiivisen mielenterveys, saadaan kattava kuva mielenterveyden kaikista ulottuvuuksista ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä yksilö- että väestötasolla. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016).

FinTerveys 2017 -tutkimukseen vastanneista naisista ja miehistä 14 prosenttia koki korkeaa positiivista mielenterveyttä. Lähes 70 prosenttia vastaajista koki kohtalaista positiivista mielenterveyttä ja matalan positiivisen mielenterveyden raporttointien osuus oli hieman yli 16 prosenttia. (Solin ym. 2018.)

Osallisuus tarkoittaa mahdollisuutta elää oman näköistään elämää, vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin ja päästä osalliseksi yhteisen hyvän tuottamiseen ja jakamiseen (Isola ym. 2017). Tutkimuksien perusteella osallisuuden kokemus ja mielen hyvinvointi ovat vastavuoroisesti yhteydessä toisiinsa. Mielen-

terveyden haasteet voivat heikentää osallisuuden kokemusta. Heikompi osallisuus voi haitata psyykkistä toimintakykyä.

FinSote 2019 aineiston perusteella aikuisväestön (18 vuotta täyttäneet) osallisuusindikaattorin (ks. mittaamisesta luku 15.3) keskiarvo oli 75,2 pistettä (Hedman ym. 2021). Samassa tutkimuksessa havaittiin, että työttömät ja työkyvyttömät, yksinasuvat ja matalasti koulutetut kokivat muita heikompa osallisuuden kokemusta.

Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi -kyselytutkimuksen (Leemann ym. 2018) perusteella osallisuuden kokemus ja mielen hyvinvointi linkittyvät toisiinsa. Erot osallisuuden kokemuksessa näkyvät vahvasti esimerkiksi yksinäisyyden kokemuksessa, psyykkisen kuormittuneisuudessa ja tulevaisuuden suunnittelussa. Päivä kerrallaan elävillä vastaajilla osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 65,5 pistettä, kun taas useamman vuoden suunnitelmia tehneiden keskiarvo oli 74 pistettä. (Leemann 2020.)

Vakavasti psyykkisesti kuormittuneiden keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli 58 pistettä. Sen sijaan niiden keskiarvo, jotka eivät kokeneet psyykkistä kuormittuneisuutta, oli yli 15 pistettä korkeampi (73,4 pistettä). Itsensä jatkuvasti yksinäiseksi kokeneiden osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 49 pistettä. Siihen verrattuna ei koskaan itseään yksinäiseksi kokevien keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli 76,6 pistettä, eli yli 27 pistettä korkeampi. (Leemann 2020.)

Pohdinta

Koronaepidemia, Ukrainan sota ja huoli ilmastonmuutoksen ja luontokadon seurauksista ovat tehneet 2020-luvun alusta poikkeuksellisen kuormittavan. Tämä on heijastunut etenkin nuorten aikuisten mielenterveyteen. Psyykkinen kuormittuneisuus ja sen taustalla olevat masennus- ja ahdistusoireet, masennuslääkkeiden käyttö ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet tässä ikäryhmässä.

Nyt esitetyt tiedot perustuvat henkilöiden itsensä raportointiin oireisiin kyselytutkimuksissa. Tämä ei ole sama asia kuin hoitoa edellyttävän mielenterveyden häiriön esiintyvyys. Väestötasoista tutkimustietoa mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden yleistymisestä ei viimeisen 10 vuoden ajalta ole saatavilla. Merkit itse raportoidun ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden yleistymisestä ovat kuitenkin huolestuttavia. Saman löydöksen toistuessaa eri kyselyissä ja palveluiden kysynnän lisääntyessä on mahdollista, että myös masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat saattaneet yleistyä. Naisten masennushäiriöiden lisääntyminen havaittiin jo vuosien 2000 ja 2011 välillä (Markkula ym. 2015). Sen sijaan vakavimpien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä ei ole lääkehoidon erityiskorvausoikeustilastojen valossa tapahtunut muutoksia.

Viitteet:

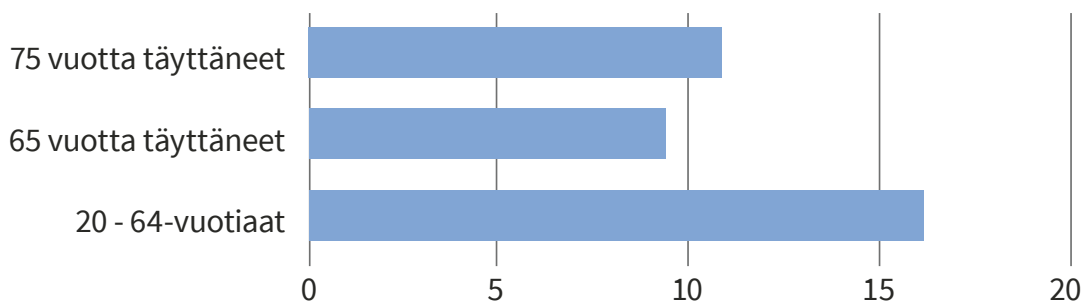
- Aalto A-M, Aro AR, Teperi J. (1999). [RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot](#). Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 101, 1999.
- Appelqvist-Schmidlechner K., Tuisku K., Tamminen N., Nordling E., Solin P. (2016). [Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?](#) Suomen lääkärilehti 24:1759-1764.
- Cuijpers P., Smits N., Donker T., ten Have M., de Graaf R (2009). [Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory](#). Psychiatry Res. 2009 Aug 15;168(3):250-5.
- Hedman L., Ikonen J., Leemann L., Koskela, T., Martelin T., Solin P., Tamminen N., & Parikka S. (2021). [Osallisuuden kokemus ja positiivinen mielenterveys työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaan – FinSote 2019 -tutkimuksen tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 5/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Isola A-M., Kaartinen H., Leemann L., Lääperi R., Schneider T., Valtari S., Keto-Tokoi A. (2017). [Mitä osallisuus on?](#) Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. THL työpaperi 33/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Isola Anna-Maria ja Leemann Lars (2021). [Osallisuuden kokemus on hyvinvoinnin ja terveyden tekijä](#). Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 58(4): 381–383.
- Lammi-Taskula J., Lindberg P., Närvi J., Kauppinen T., Gissler M., Hakulinen T., Hauhio N., Helenius J., Hietanen-Peltola M., Jahnukainen J., Eriksson P., Utriainen S., Weckroth N., Saariluoma L., Kiviruusu O., Aalto-Setälä T. (2022). Lapset, nuoret ja perheet. Teoksessa L Kestilä, S Kapiainen, M Mesiäislehto ja P Rissanen (toim.), [Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – Asiantuntija-arvio, kevät 2022](#) (s. 150–168). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Leemann L., Isola A-M., Kukkonen M., Puromäki H., Valtari S., Keto-Tokoi A. (2018) [Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi: Kyselytutkimuksen tuloksia](#). Työpaperi 17/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Leemann, Lars (2020). [Alustavat tulokset osallisuusindikaattorin yhteyksistä muihin ilmiöihin](#). Sokran kyselytutkimuksen tulokset. Verkkojulkaisu: Osallisuusindikaattori mittaa osallisuuden kokemusta (Thl.fi/Sokra)
- Markkula N., Suvisaari J., Saarni SI., Pirkola S., Peña S., Saarni S., Ahola K., Mattila AK., Viertiö S., Strehle J., Koskinen S., Härkönen T (2015). [Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up-results from the Finnish Health 2011 Survey](#). J Affect Disord. 2015 Mar 1;173: 73-80.
- McHorney CA., Ware JE Jr., Lu JF., Sherbourne CD. (1994). [The MOS 36-item Short-Form Health Survey \(SF-36\): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups](#). Med Care. 1994 Jan;32(1): 40–66.
- Parikka S., Koskela T., Ikonen J., Hedman L (2021). [Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020](#). Aikuisien palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja. Tilastoraportti 16/2021, 1.6.2021.
- Parikka S., Holm N., Koskela T., Ikonen J., Kilpeläinen H. (2022). [Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus 2021 – Tutkimuksen toteutus ja menetelmät](#). Työpaperi 17/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rissanen P., Parhiala K., Kestilä L., Härmä V., Honkatukia J., Jormanainen V. (2020). [COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin ja palvelujärjestelmään – nopea vaikutusarvio](#). Raportti 8/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Solin, P., Partonen T., Suvisaari J., Tamminen N., Viertiö S. (2018). [Psykykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys](#). Teoksessa Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi K., Koskinen S. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus Raportti 4/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suvisaari J., Lundqvist A., Linnaranta O., Haravuori H., Laukkala T., Winter S., Sarasjärvi K (2020). [Mieliala ja epidemiatilanteeseen liittyvät huolet \(s. 16–21\)](#). Teoksessa Kestilä L., Härmä V., Rissanen P. (toim.). Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, syksy 2020. Raportti 14/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suvisaari J., Lundqvist A., Appelqvist-Schmidlechner K., Solin P. ja Härkönen T. (2021). [Mieliala ja psykykinen kuormittuneisuus \(s. 22–26\)](#). Kirjassa: Kestilä L., Jokela M., Härmä V. ja Rissanen P. (toim.). COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Raportti 3/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suvisaari J., Appelqvist-Schmidlechner K., Solin P., Partonen T., Parikka S., Koskela T., Ikonen J. (2021). [Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020](#). Tutkimuksesta tiiviisti 42/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Suvisaari J., Aalto-Setälä T., Kiviruusu O., Parikka S., Koskela T. (2022). Mielenterveys. Teoksessa Kestilä L., Kapiainen S., Mesiäislehto M. ja Rissanen P. (toim.), [Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – Asiantuntija-arvio, kevät 2022](#) (s. 24–33). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

3.3 Ikääntyneiden mielenterveys

Pia Solin

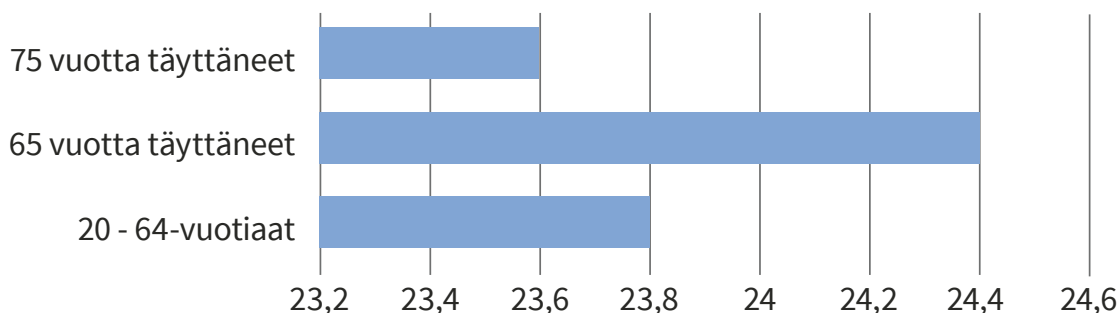
Ikääntyminen tuo mukanaan monia haasteita. Toimintakyvyn ja terveyden heikkeneminen voivat vaikuttaa siihen, että sosiaalinen verkosto pienenee ja osallistuminen mahdollisuudet itselle tärkeisiin asioihin vähenevät. Sosiaalisten suhteiden ja osallistumisen on todettu olevan erittäin tärkeitä mielen hyvinvoinnille, erityisesti silloin, kun kyseessä on yksinasuva ikääntynyt (Tamminen ym. 2020). Yli puolet (51,5 %) 65 vuotta täyttäneistä asuu yksin (Sotkanet.fi 2021) ja yksinäiseksi 65 vuotta täyttäneistä itsensä kokee noin joka kymmenes (9,3 %) (Sotkanet.fi 2020).

Elämänlaatunsa hyväksi 65 vuotta täyttäneistä koki yli puolet (55 %). Tämä laski hieman, kun katsottiin 75 vuotta täyttäneitä (46,8 %). Tämä saattaa johtua iän myötä lisääntyneistä haasteista, kuten esimerkiksi toimintakyvyn ja fyysisen terveyden heikentymisestä. Katsottaessa positiivista mielenterveyttä, 65-vuotiaiden keskimääräinen pistemäärä oli 24,4, kun 20–64-vuotiaiden ryhmän keskiarvo oli 23,8 pistettä. Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiksi kokeneiden osuudessa oli eri ikäryhmien välinen ero huomattavasti suurempi. (Sotkanet.fi 2020) (kuvio 1).



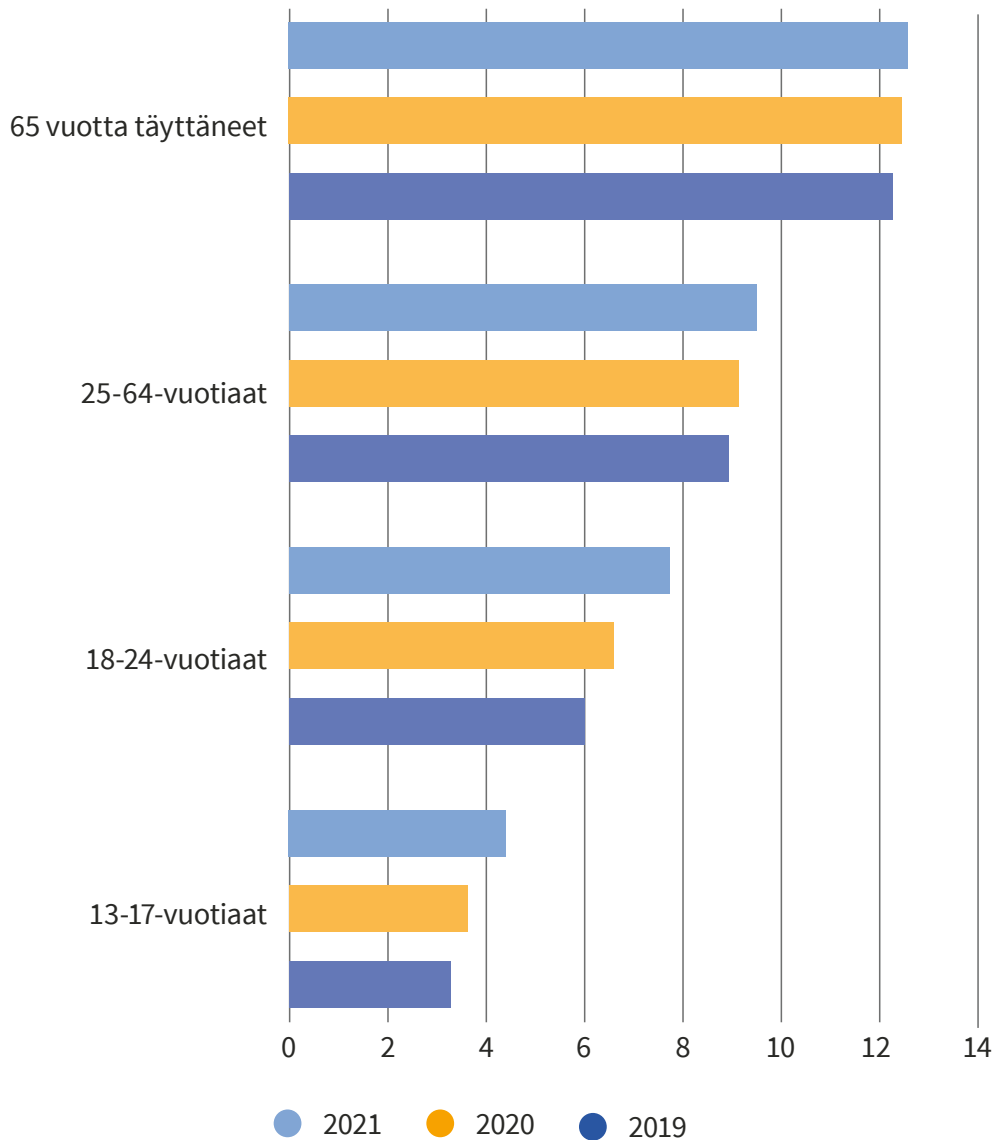
Kuvio 1. Kuvio Psykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus ikäryhmittäin (%). Lähde THL, Sotkanet.

Korkea positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi on yksi merkittävä tekijä, joka auttaa ikääntyneitä elämään aktiivista, laadukasta ja tervettä elämää. Mielen hyvinvointi on siis osaltaan yhteydessä hyvään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Positiivinen mielenterveys ikäryhmittäin (pisteiden keskiarvo). Lähde: THL, Sotkanet.

Mikäli katsotaan depressiolääkkeistä korvausta saaneita ikäryhmiä vuosilta 2019–2021, nähdään, että 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmä on suurin (kuvio 3).



Kuvio 3. Depressiolääkkeistä korvausta saaneiden osuus ikäryhmittäin (%). Lähde: THL, Sotkanet.

Ikääntyneiden huoli koronapandemiasta näkyy raportin kirjoittamishetkellä edelleen. Tilastokeskuksen Kansalaispulssin (19.5.2022) mukaan 60–74-vuotiaista 77 prosenttia pitää edelleen tarpeellisena tai melko tarpeellisena itsensä ja muiden suojaamisen (esim. käyttämällä maskia ja pitämällä etäisyyttä muihin ihmisiin) koronaviruksen leviämiseltä 2 tai 3 koronarokoteannoksen jälkeen.

Esimerkiksi Iso-Britanniassa on todettu, että ikääntyneistä osa jatkoi eristäytymistä pidempään kuin viranomaiset suosittelivat, ja tämän on pelätty vaikuttavan huonontavasti niin psyykkiseen kuin fyysiseen terveyteen ja siten toimintakykyyn. (Di Gessa ym. 2022)

Lisäksi Kansalaispulssin (19.5.2022) mukaan 60–74-vuotiaat olivat suurin ikäryhmä (46 %), joka koki Ukrainan kriisin ja sen vaikutusten huolestuttavan erittäin paljon tai melko paljon. Tämä ikäryhmä koki myös eniten huolta (39 %) Ukrainan sodan mahdollisesta laajentumisesta. Tästä ryhmästä kuitenkin 55 % piti omaa varautumistaan erilaisiin turvallisuushkiin ja vakaviin häiriötilanteisiin ylipäänsä melko tai erittäin hyvänä. (Tilastokeskus 2022)

Pohdinta

Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin vahvistaminen on tärkeää, jotta voidaan mahdollistaa laadukas elämänsä loppuosa, erityisesti tämän ikäryhmän kasvaessa ja keskimääräisen eliniän kohotessa. Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin vahvistamisessa on kuitenkin lähdettävä siitä, millaisen merkityksen ikääntynyt itse antaa mielen hyvinvoinnille omassa arjessaan ja millaisista asioista se koostuu, ja suunnitella mielen hyvinvointia edistäviä palveluita ja toimenpiteitä sen pohjalta.

Esimerkiksi ryhmämuotoisen, sosiaalista tukea tarjoavien toimintojen, kuten Ystäväpiiri-toiminnan, on todettu olevan tehokas yksinäisyyden tunteen lievittäjä (Jansson 2020). Myös mahdollisuudet osallistua yhteisön toimintaan, esimerkiksi vapaaehtoistyöhön, edullinen ja helposti käytettävä julkinen liikenne ja liikuntamahdollisuudet sekä turvallinen ja miellyttävä elinympäristö vaikuttavat myönteisesti ikääntyneen mielen hyvinvointiin.

Lähteet:

- Di Gessa, G., & Price, D. (2022). [The impact of shielding during the COVID-19 pandemic on mental health: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing](#). *The British Journal of Psychiatry*, 1-7. doi:10.1192/bjp.2022.44
- Jansson, Anu (2020). Loneliness of older people in long-term care facilities. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Keyes, Corey (2005). [Mental illness and/or mental health?](#) Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 73:539–47.
- Keyes, Corey & Simoes Eduardo (2012). [To flourish or not](#). Positive mental health and all-cause mortality. *Am J Public Health* 10:2164–72.
- Sotkanet.fi (2022). Psykkisesti merkittävästi kuormittuneet ja positiivinen mielenterveys vuonna 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sotkanet.fi (2022): Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 2019–2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tamminen N., Pasanen T., Martelin T., Mankinen K., ja Solin P. (2020). [Sosiaaliset suhteet tärkeitä yksinasuvien positiiviselle mielenterveydelle](#). Tutkimuksesta tiiviisti 27/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Tilastokeskus: [Kansalaispulssi 19.5.2022](#).
- Vaillant, George (2012). [Positive mental health: is there a cross-cultural definition?](#) *World Psychiatry* 11:93–9.

4 VÄESTÖN PÄIHDE- JA RIIPPUVUUSONGELMAT

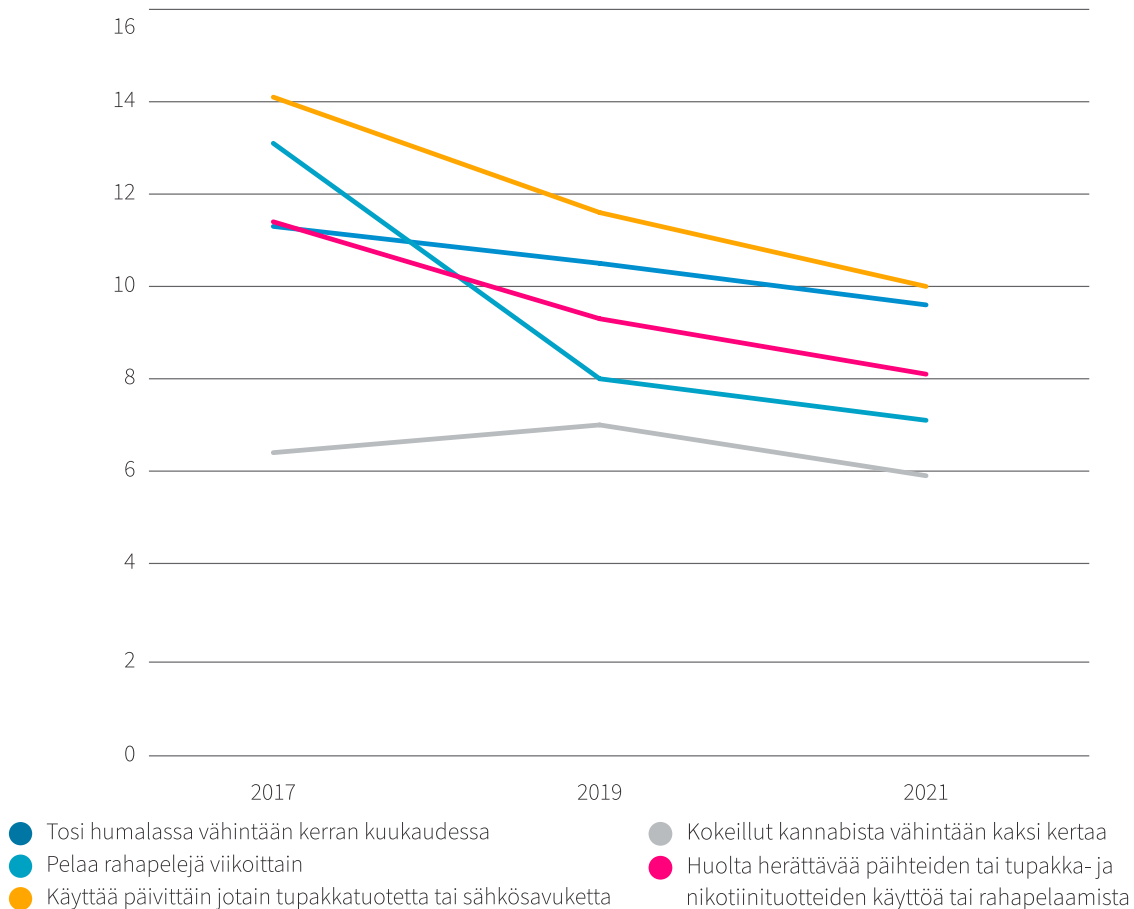
4.1 Lasten ja nuorten päihteiden käyttö ja riippuvuudet

Kirsimarja Raitasalo, Otto Ruokolainen, Hanna Ollila, Tiina Latvala, Anne Salonen

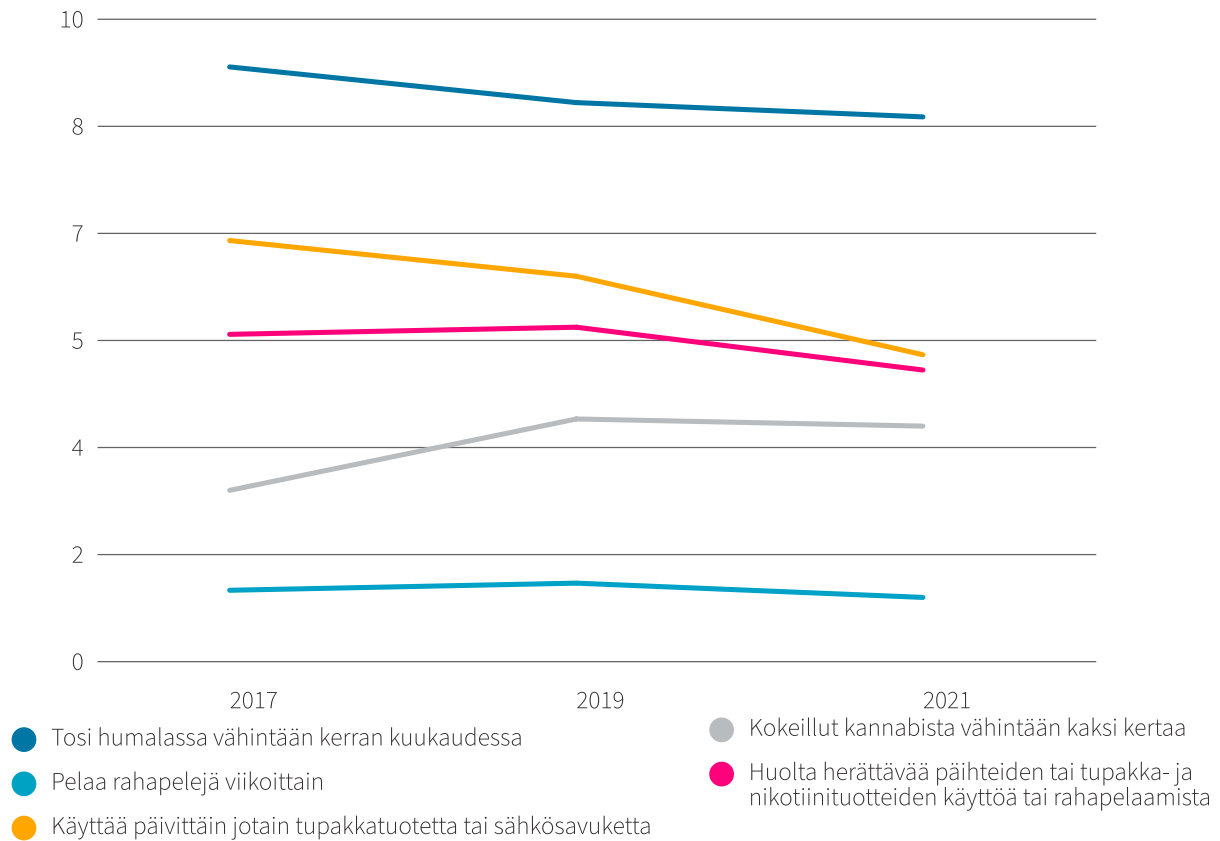
Huolta herättävä päihteiden käyttö näyttää vähentyneen vuosina 2017–2021 niin peruskoulun 8.–9.-luokkalaisilla kuin lukioden ja ammatillisten oppilaitosten 1.–2. vuosikurssin opiskelijoilla, erityisesti pojilla. Indikaattorin yksittäisten osa-alueiden tarkastelu kuitenkin osoittaa humalajuomisen ja tupakkatuotteiden käytön vähentyneen peruskoulun 8.–9. luokkalaisilla pojilla ja tytöillä ja rahapelaamisen pojilla, kun taas kannabiksen käyttö on tytöillä lisääntynyt ja pojilla pysynyt ennallaan. (Kuviot 1–2).

Esimerkiksi kannabiksen käyttöä erityisesti yläasteikäisillä voidaan kuitenkin pitää jo itsessään huolta herättävänä, vaikka indikaattorin muiden osioiden (alkoholi, tupakka ja sähkösavukkeet, rahapelaaminen) mukaista käytöstä ei olisikaan. Eurooppalaisen, nuorten päihteiden käyttöä käsittelevän ESPAD-aineiston (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) perusteella tiedetään, että lähes kaikki kannabista käyttäneet 9. luokkalaiset suomalaisnuoret ovat käyttäneet myös alkoholia (0–1 % näitä käyttäneistä pelkkää kannabista) eli käytännössä kaikki kannabiksen käyttäjät ovat myös alkoholin käyttäjiä. (terveytemme.fi/espada)

Myös ESPAD:n yksittäisten aineiden käyttöä ja rahapelaamista kuvaavat trendit ovat samansuuntaisia Kouluterveyskyselyn tulosten kanssa eli kaikkien osioiden niputtaminen yhteen peittää alleen lisääntyneen kannabiksen käytön.



Kuvio 1. 8.–9.-luokkalaisten poikien päihteiden käyttö (%). Lähde: THL, kouluterveyskysely.



Kuvio 2. 8.–9.-luokkalaisten tyttöjen päihteiden käyttö (%). Lähde: THL, Kouluterveyskysely.

Tupakointi ja nikotiinituotteiden käyttö

Tupakka- ja nikotiinituotteiden kokeilut ovat siirtyneet Suomessa pitkäjänteisen tupakkapolitiikan tiukentamisen myötä myöhäisemmälle iälle. Vuonna 2021 alakoulun 4.–5. luokkalaisista oli jotain tupakkalain alaista tuotetta (savukkeita, nuuskaa, sähkösavukkeita tai vesipiippua) käyttänyt vähintään kerran neljä prosenttia vastaajista (THL 2021).

Kokeilut yleistyvät tyypillisesti yläkouluiässä. Vuonna 2021 yläkoulun 8.–9. luokkalaisista jotain tupakkalain alaista tuotetta oli käyttänyt 36 prosenttia. Erot kasvavat toisen asteen opintoihin siirryttäessä, jolloin myös päivittäistä käyttöä esiintyy enemmän. Päivittäin jotain tupakkalain alaista tuotetta käytti vuonna 2021 perusopetuksen 8.–9. luokkalaisista kahdeksan prosenttia lukiolaisista viisi prosenttia ja ammattiin opiskelevista 26 prosenttia. (Ollila & Ruokolainen 2022)

Tupakoinnin ja mielenterveysoireilun välillä on selkeä yhteys jo nuoruudessa ja aloittamisen ehkäisy on siksi tärkeää. On havaittu, että tupakointi ennustaa mielenterveyshäiriöitä ja toisaalta taas mielenterveyshäiriöt ennustavat tupakointia siirryttäessä nuoruudesta aikuisuuteen (Ahun ym. 2020, Prochaska ym. 2017, Ranjit ym. 2019).

Tupakointi on nuorilla yhteydessä myös päihdekäyttöön, heikkoon koulumenestykseen, koulu-oppisaloihin ja ongelmiin koulunkäynnissä (Ahun ym. 2020, Prochaska ym. 2017, Minkkinen ym. 2019). Nämä puolestaan kytkeytyvät koulupudokkuuteen ja syrjäytymisvaaraan.

Rahapelaaminen ja digipelaaminen

Vuonna 2019 jopa 41 prosenttia 15–17-vuotiaista oli pelannut vähintään yhtä rahapeliä (Salonen ym. 2020). 15–17-vuotiaiden rahapelaaminen väheni vuodesta 2007 vuoteen 2015. Muutoksen taustalla lie-nee vuosina 2010–2011 tehty arpajaislain uudistus, jonka myötä rahapelaamisen ikäraja nostettiin 15 ikävuodesta 18 ikävuoteen. On kuitenkin syytä todeta, että muutoksen suuruudessa on havaittu eroja nuoren sosioekonomisen aseman suhteen (Latvala, Lintonen, Raisamo, 2021). Alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä rahapelaamisen lasku on ollut vähäisempää kuin korkeamman sosioekonomisen ryhmän nuorilla.

Viimeisimmän ESPAD-tutkimuksen mukaan suomalaisnuoret pelaavat raha-automaattipelejä eniten Euroopassa (ESPAD Group 2020).

Digipelaaminen oli rahapelaamista yleisempää ainoastaan 15–24-vuotiailla, vanhemmissa ikäryhmissä tilanne on päinvastainen (Salonen ym. 2020; ks. myös Kinnunen 2018). Kaikkein yleisintä digitaalinen pelaaminen oli nuorten keskuudessa: 15–17-vuotiaista 85 prosenttia oli pelannut digipelejä 12 viime kuukauden aikana. Ongelmallinen digipelaaminen oli nuorilla selkeästi yleisempää kuin vanhemmissa ikäluokissa.

Viitteet

Ahun MN., Lauzon B., Sylvestre MP., Bergeron-Caron C., Eltonsy S., O'Loughlin J. (2020). [A systematic review of cigarette smoking trajectories in adolescents](#). Int J Drug Policy. 2020 Sep;83:102838. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102838.

ESPAD Group (2020). [ESPAD report 2019: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs](#). EMCDDA Joint Publications. Publications Office of the European Union. http://espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf.

Kinnunen, J., Lilja, P., & Mäyrä, F. (2018). [Pelaajabarometri 2018](#). Monimuotoistuva mobiilipelaaminen. TRIM Research Reports 28, Tampereen yliopisto.

[Kouluterveyskyselyn tulospalvelu](#). THL, 2021. Saatavilla osoitteessa: www.thl.fi/kouluterveyskysely/tulokset

Latvala, T., Lintonen, T., Luopa, P. & Raisamo, S. (2021). [Gambling Among Finnish 14–16-Year-Old Adolescents Before \(2008–2009\), During \(2010–2011\), and After \(2013–2017\) Setting the Legal Age Limit of 18 for Gambling and the Role of Socio-Economic Status](#). J Gambl Stud (2021). <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10091-6>

Minkkinen J., Kinnunen J., Karvonen S., Hotulainen R., Lindfors P., Rimpelä A. (2019). [Low schoolwork engagement and schoolwork difficulties predict smoking in adolescence?](#) European Journal of Public Health, Volume 29, Issue 1, February 2019, Pages 44–49, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky179>

Ollila H. ja Ruokolainen O. (2022). [Koulutusryhmittäiset erot nuorten tupakka- ja nikotiini tuotteiden kokeilussa, käytössä ja hankinnassa 2017–2021](#). Tutkimuksesta tiiviisti 21/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC (2017). [Smoking, Mental Illness, and Public Health](#). Annu Rev Public Health. 2017 Mar 20;38: 165-185. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044618 terveytemme.fi/espad

Ranjit A., Korhonen T., Buchwald J., Heikkilä K., Tuulio-Henriksson A., Rose RJ., Kaprio J., Latvala A. (2019). [Testing the reciprocal association between smoking and depressive symptoms from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study](#). Drug Alcohol Depend. 2019 Jul 1;200:64-70. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.012.

Salonen A., Lind K., Hagfors H., Castrén S., Kontto J. (2020). [Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019](#). Suomalaisen rahapelaaminen 2019. Raportti 18/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

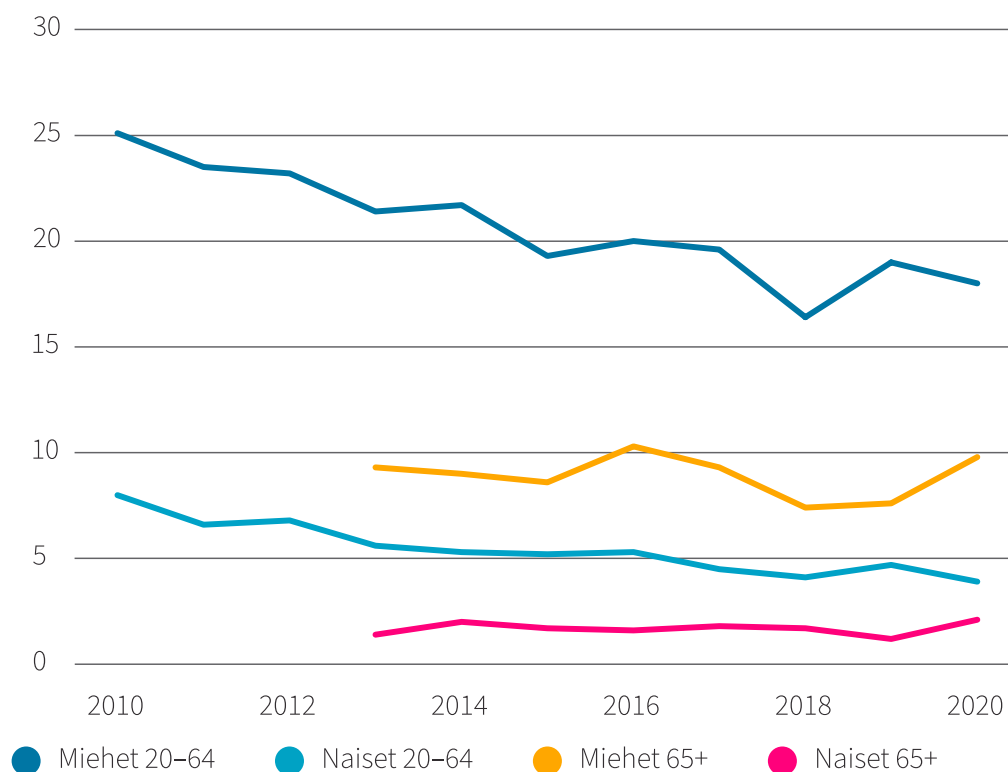
[Tupakkatilasto 2020](#). Tilastoraportti 38. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021.

4.2 Työ- ja eläkeikäisten päihteiden käyttö ja riippuvuudet

Alkoholin käyttötavat työ- ja eläkeikäisillä

Janne Härkönen

Alla käydään läpi humala- ja riskikulutuksen yleisyyttä ja niiden kehitystä työ- ja eläkeikäisillä naisilla ja miehillä. Tarkastelun aineistona käytetään aikuisilla kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten aikasarjaa. Humalajuomisesta käytettävissä ovat vuosien 2010–2020 aineistot ja riskikulutusta voidaan tarkastella vuodesta 2013 lähtien, jolloin tutkimukseen lisättiin AUDIT-C-kysymyspatteristo.



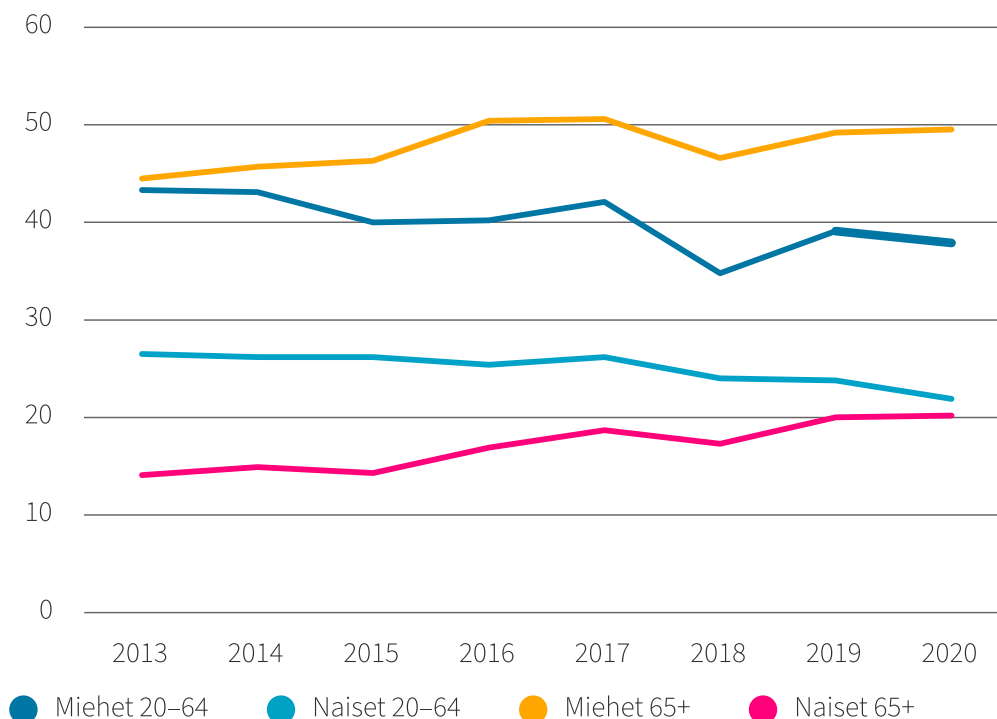
Kuvio 1. Kuusi alkoholiannosta tai enemmän kerralla vähintään viikoittain juoneiden osuus (%), 20–64-vuotiaat sekä 65 tai sitä vanhemmat naiset ja miehet vuosina 2010–2020.

Kuviosta 1 nähdään, että viikoittainen humalajuominen on ollut koko tarkastelujakson aikana yleisintä miehillä, erityisesti työikäisillä miehillä, ja harvinaisinta eläkeikäisillä naisilla. Vuodesta 2010 alkaen humalajuominen on kuitenkin vähentynyt sekä työikäisillä naisilla että miehillä. Muutokset ovat vaihdelleet yksittäisinä vuosina, mutta viikoittain kuusi tai enemmän annosta kerralla juoneiden työikäisten naisten osuus on kokonaisuudessaan puolittunut kahdeksasta prosentista neljään prosenttiin, ja miesten osuus on laskenut vajaan kolmanneksen 25 prosentista 18 prosenttiin vuodesta 2010 vuoteen 2020.

Sen sijaan eläkeikäisten viikoittainen humalajuominen on pysynyt kohtalaisen vakaana vaihdellen miehillä 7 ja 10 prosentin ja naisilla 1 ja 2 prosentin välillä.

Kuviossa 2 on näytetty alkoholin riskikäyttäjien osuudet vuodesta 2013 lähtien työikäisillä ja sitä vanhemmilla miehillä ja naisilla. AUDIT-mittarissa eläkeikäisten alkoholinkäytön riskiraja on matalampi kuin työikäisten, ja vastaavasti työikäisten naisten raja matalampi kuin työikäisten miesten. Niin-

pä väestöryhmien väliset riskikäytön yleisyydet eivät ole vertailukelpoisia kuviossa 2. Tämä ei kuitenkaan vaikuta väestöryhmittäisten aikamuutosten vertailuun.



Kuvio 2. Alkoholin riskikäyttäjien osuus (%), 20–64-vuotiaat sekä 65 tai sitä vanhemmat naiset ja miehet vuosina 2013–2020. Huomaa, että eri ryhmillä riskijuomisen kriteerit ovat toisistaan poikkeavat.

Riskikäytön yleisyyden muutos on ollut erisuuntainen työ- ja eläkeikäisillä. Työikäisten riskikäyttö on vähentynyt vuodesta 2013 lähtien siten, että riskitasolla juovien naisten osuus on laskenut 27 prosentista 22 prosenttiin ja miesten 45 prosentista 38 prosenttiin. Eläkeikäisten naisten vastaava osuus on lisääntynyt 14 prosentista 20 prosenttiin ja eläkeikäisten miesten 45 prosentista 50 prosenttiin.

Alkoholiperäiset kuolemat ja alkoholihaitat

Pia Mäkelä

Alkoholisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, joiden ainoa tai tärkein aiheuttaja on runsas alkoholin käyttö. Näistä merkittävimpiä ovat alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit, alkoholimaksasairaudet ja haimatulehdus. (Mäkelä 2019.)

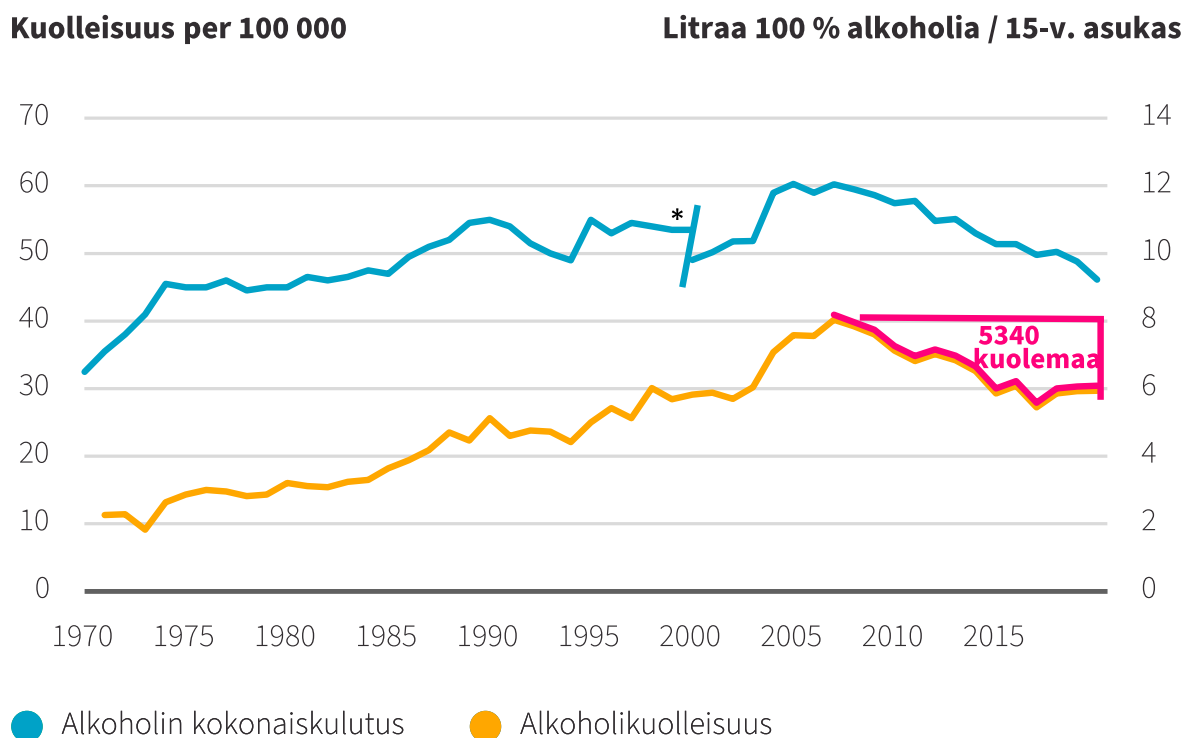
Kuvio 1 havainnollistaa, miten alkoholiperäisten kuolemien määrä seuraa alkoholin kokonaiskulutuksen määrää. Kun kokonaiskulutus pääasiassa lisääntyi, myös alkoholiperäiset kuolemat lisääntyivät. Ja kun kokonaiskulutus kääntyi laskuun vuonna 2008, samoin on käynyt alkoholiperäisen kuolleisuuden. Sama yhteys on todettu myös tieteellisesti pätevämällä keinoilla (Rossow ja Mäkelä 2021).

Keskeinen selitys tälle yhteydelle on se, että kun alkoholin kulutus yhteiskunnassa muuttuu, samansuuntainen muutos yleensä nähdään kaikissa alkoholinkäyttäjien luokissa eli sekä vähän että paljon alkoholia käyttävillä. Haittoja eniten kokevien ongelmallisesti käyttävien ihmisten määrä on siten yhteydessä alkoholin kokonaiskulutukseen eli siihen, miten paljon alkoholia yhteiskunnassa käytetään.

Kuvio 2 havainnollistaa alkoholihaittojen kehityksen, kun kokonaiskulutus on vuoden 2007 jälkeen vähentynyt. Mikäli alkoholiperäisten kuolemien määrä 100 000 henkeä kohden olisi pysynyt sillä tasolla, jolla se oli vuonna 2007, Suomessa olisi vuosina 2008–2020 kuollut yhteensä 5 340 ihmistä enemmän alkoholiperäisten syiden vuoksi kuin mitä nyt on havaittu.

Jos lasketaan mukaan myös päihtyneenä tapaturmaisista ja väkivaltaisista syistä menehtyneet, kuolemia olisi ollut 8 930 nykyistä enemmän, joista 8 600 olisi osunut alle 60-vuotiaisiin.

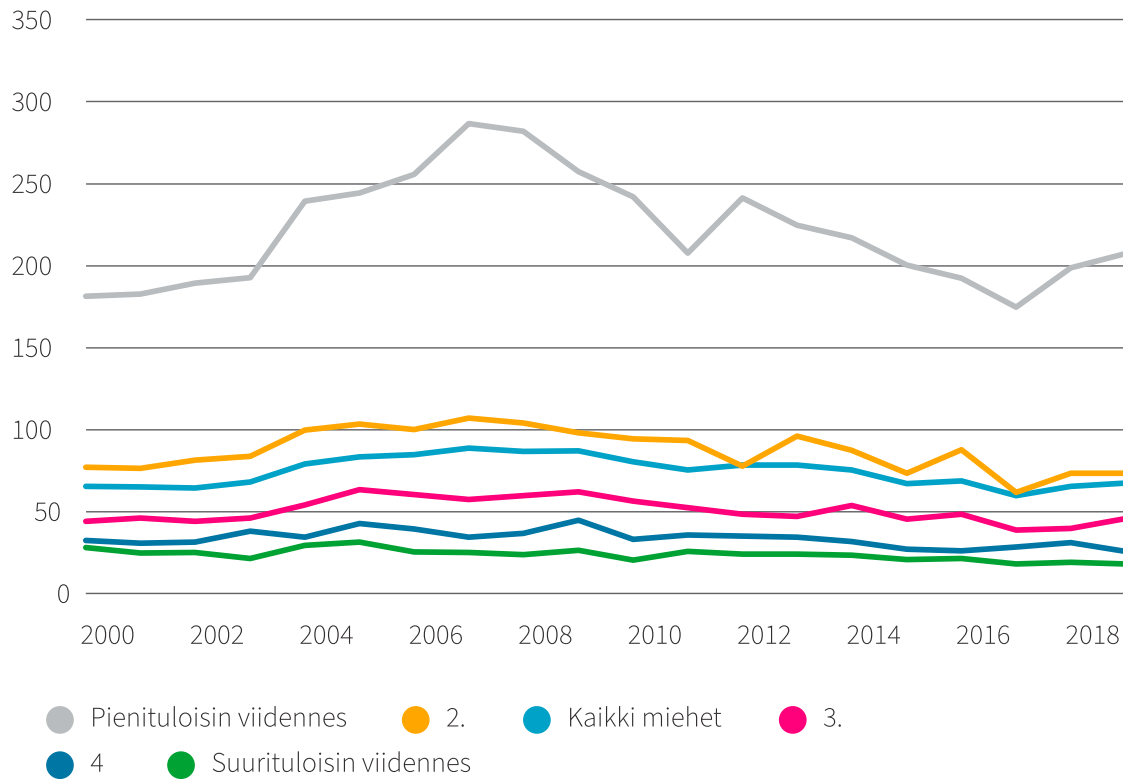
Vuoden 2017 jälkeen alkoholin saatavuus lisääntyi, kun päivittäistavarakaupoissa alettiin myydä vahvempaa olutta ja myös tislattua alkoholia valmistettuja alle 5,5-prosenttisia alkoholijuomia. Tämän jälkeen alkoholikuolleisuus kääntyi pitkän suotuisan kehityksen jälkeen kasvuun. Alkoholikuolleisuus lisääntyi erityisesti miehillä.



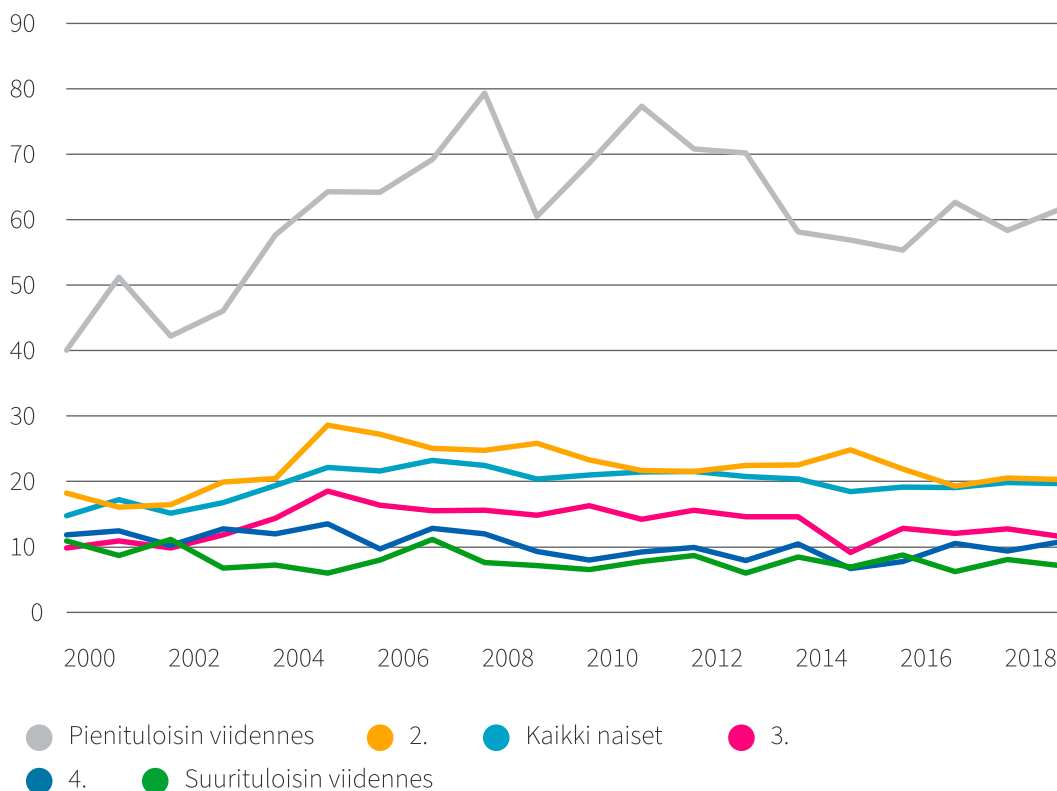
* Tilastointitapa muuttui

Kuvio 1. Alkoholin kokonaiskulutus litroina sataprosenttista alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti ja alkoholiperäiset kuolemat 100 000 asukasta kohti vuosina 1970–2020. Oranssilla katkoviivalla on merkitty erotus vuoden 2007 ennätyskorkean alkoholikuolleisuuden ja vuosina 2008–2020 havaitun alkoholikuolleisuuden välillä ja laskettu, kuinka monta säästettyä kuolemantapausta erotus vastaa.

Kuviot 2 ja 3 näyttävät ikävakioidun kuolleisuuden alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmisiin alkoholimyrkytyksiin miesten ja naisten eri tuloluokissa. Tulot ovat asuntokunnan yhteiset nettotulot suhteutettuna asuntokunnan kokoon (niin kutsuttuun kulutusyksikköluukuun), ja miehet ja naiset on jaettu viidenneksiin näiden tulojen mukaan.

Kuolleisuus per 100 000/miehet

Kuvio 2. Miesten ikävakioitu kuolleisuus alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmisiin alkoholimyrkytyksiin 25 vuotta täyttäneillä vuosina 2000–2019, väestön 100 000 saman ikäistä kohti, tuloviidenneksittäin (asuntokunnan nettotulot kulutusyksikköä kohti). Lähde: Tilastokeskus ja THL 2021.

Kuolleisuus per 100 000/naiset

Kuvio 3. Naisten ikävakioitu kuolleisuus alkoholiperäisiin tauteihin ja tapaturmaisiin alkoholimyrkytyksiin 25 vuotta täyttäneillä vuosina 2000–2019, väestön 100 000 saman ikäistä kohti, tuloviidenneksittäin (asuntokunnan nettotulot kulutusyksikköä kohti). Lähde: Tilastokeskus ja THL 2021.

Pienituloisten kuolema liittyy alkoholiin huomattavasti hyvätuloisia useammin. Tai käänteisesti, niiden ihmisten, joilla on vakava alkoholiongelma, asuntokuntien tulot ovat olleet pienet ennen kuolemaa. Kun alkoholikuolleisuus ensin lisääntyi 2000-luvun alussa alkoholin hinnan laskettua ja taloudellisen tilanteen ollessa hyvä, tästä kärsivät eniten pienituloisimmat. Vastaavasti kun heikompi taloudellinen tilanne ja vuosina 2008–2014 toteutetut viisi maltillista alkoholiveron korotusta saivat alkoholinkulutuksen ja alkoholikuolleisuuden vähenemään, tämä hyödytti eniten pienituloisia.

Myös vuoden 2017 jälkeinen alkoholikuolleisuuden lisääntyminen oli yhteydessä tulotasoon: alkoholikuolleisuus kasvoi vuodesta 2017 vuoteen 2019 miesten kolmessa alimmassa tuloviidenneksessä 18–19 prosenttia, muissa tuloviidenneksissä ja naisilla muutokset olivat satunnaisempia.

Viitteet

Mäkelä, Pia (2019). *Alkoholi ja terveys*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01120>

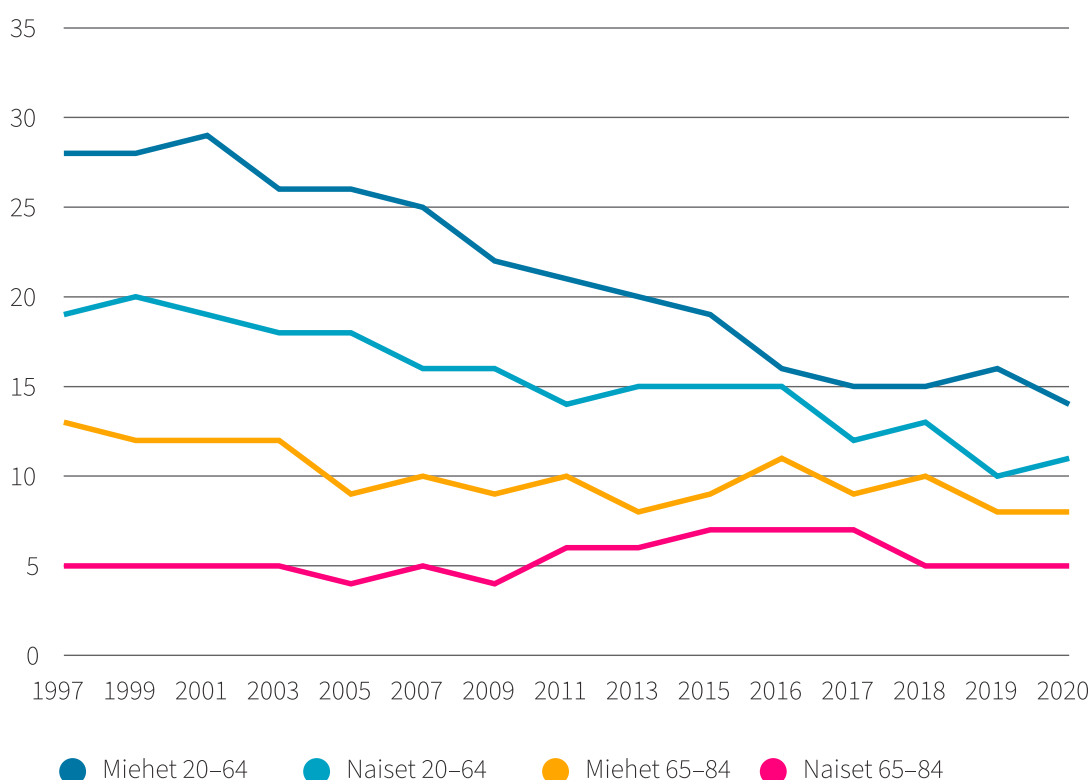
Rossov I ja Mäkelä P (2021). *Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter?* Journal of Studies on Alcohol and Drugs 82(1): 9-17. <https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.9>

Työkäisten tupakointi ja tupakoinnin yhteys mielen terveyteen

Otto Ruokolainen ja Hanna Ollila

Työkäisestä, 20–64-vuotiaasta, väestöstä tupakoi päivittäin 12 prosenttia vuonna 2020. Miehistä tupakoi 14 prosenttia ja naisista 11 prosenttia. (Tupakkatilasto 2020.) Päivittäisen tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot ovat suuret: 20 vuotta täyttäneistä korkeasti koulutetuista tupakoi päivittäin viisi prosenttia ja matalasti koulutetuista 15 prosenttia vuonna 2020 (Sotkanet.fi). Yhteys on samanlainen sekä miehillä että naisilla.

Tupakointi on vähentynyt noin kymmenen prosenttiyksikköä 1990-luvun puolesta välistä: vuonna 1996 tupakoi työkäisistä 23 prosenttia (miehet 28 %, naiset 18 %). Tupakoinnin väheneminen on ollut miehillä vahvempaa kuin naisilla, mutta tupakointi on ollut miehillä aiemmin selvästi naisia yleisempää. Sukupuolittaiset erot tupakoinnissa ovat kaventuneet. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Päivittäin tupakoivien miesten ja naisten osuudet (%) ikäryhmittäin 1997–2020, Lähde: Tupakkatilasto 2020.

Vaikka tupakointi onkin vähentynyt kaikissa koulutusryhmissä, ovat ryhmien väliset erot kasvaneet (Ruokolainen ym. 2019). Tämän selittää se, että korkeammin koulutetut ovat lopettaneet tupakoinnin matalasti koulutettuja todennäköisemmin.

Mielen terveyspotilaiden tupakoinnin yleisyyttä ei Suomessa kerätä tai raportoida säännöllisesti väestötasolla. Tämä on selvä puute, sillä ihmiset, joilla on vakava mielen terveyden häiriö, kuolevat 10–20 vuotta muuta väestöä aikaisemmin. Tämä ennenaikainen kuolleisuus johtuu merkittävilta osin tupakkasairauksista (Käypä hoito -suositus 2018, Eskelinen 2018). Seuraamalla tupakoinnin yleisyyden kehitystä myös näissä ryhmissä, voidaan tehokkaita interventioita muokata ja kohdentaa tehokkaammin.

Tupakointi on psyykkistä sairautta potevilla 2–4 kertaa yleisempää kuin väestötasolla (Käypä hoito -suositus 2018). Lisäksi suuremmat masennusoireet ennustavat pienempää tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä (Ruokolainen ym. 2021). Tämän perusteella voidaan olettaa, että tupakointi ei ole vähentynyt yhtä paljon ihmisillä, joilla on mielen terveyshäiriö, kuin väestössä keskimäärin.

Viitteet

Eskelinen S., Niemi M., Niemelä S., Vasankari T. (2020). [Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen](#). Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim 2020;136(1):69-77.

Ruokolainen O., Härkänen T., Lahti J., Haukkala A., Heliövaara M., Rahkonen O. (2021). [Association between educational level and smoking cessation in an 11-year follow-up study of a national health survey](#). Scand J Public Health. 2021 doi:10.1177/1403494821993721

Ruokolainen O., Heloma A., Jousilahti P., Lahti J., Pentala-Nikulainen O., Rahkonen O., et al. (2019). [Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland](#). Int J Public Health. 2019 Jul 1;64(6):853–60. doi:10.1007/s00038-019-01228-x

Sotkanet.fi (2022): [Päivittäin tupakoivien osuus \(%\), matala koulutus](#) (ind. 4408)

Sotkanet.fi (2022): [Päivittäin tupakoivien osuus \(%\), korkea koulutus](#) (ind. 4410)

[Tupakkatilasto 2020](#). Tilastoraportti 38. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021.

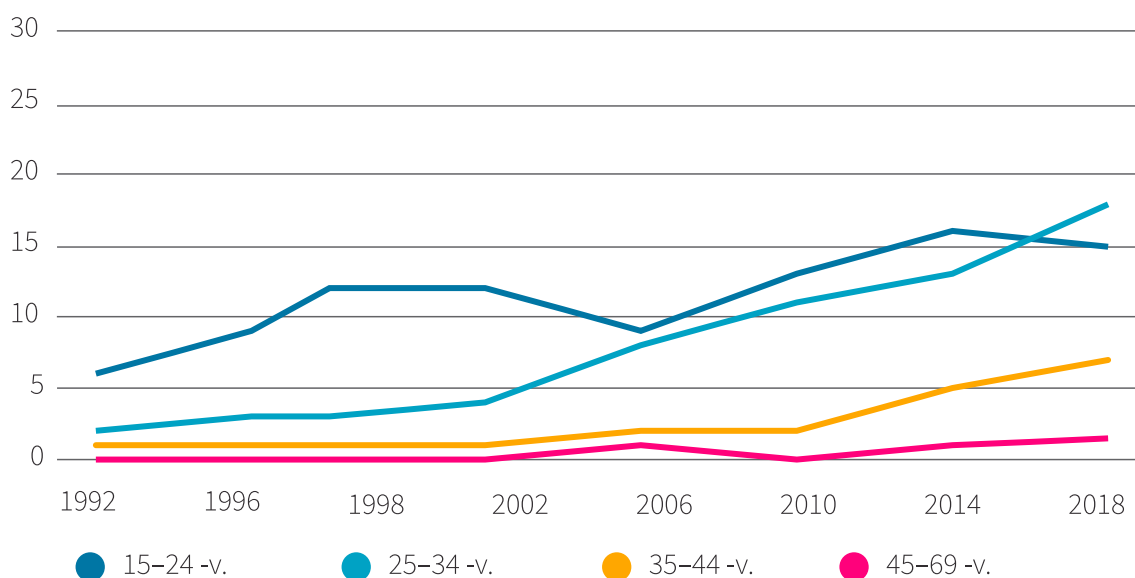
[Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito](#). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 19.05.2022).

Aikuisväestön huumeiden käyttö, ongelmakäyttö ja huumekuolemat

Karoliina Karjalainen

Yhä useampi suomalaiseen aikuisväestöön (15–69-vuotiaat) on kokeillut tai käyttänyt jotain huumetta; viimeisen vuoden aikana tapahtuneesta käytöstä raportoi kahdeksan prosenttia vuonna 2018, kun vastaava osuus vuonna 1992 oli yksi prosentti. Vaikka huumeiden kokeilu ja käyttö on yleistynyt sekä miehillä että naisilla ja kaikissa ikäryhmissä, käyttö on yleistynyt erityisesti 25–34-vuotiailla nuorilla aikuisilla (Kuvio 1). Tämän ikäryhmän miehistä lähes neljäsosalla on kokemusta viimeisen vuoden aikaisesta huumeiden käytöstä. (Karjalainen ym. 2020.)

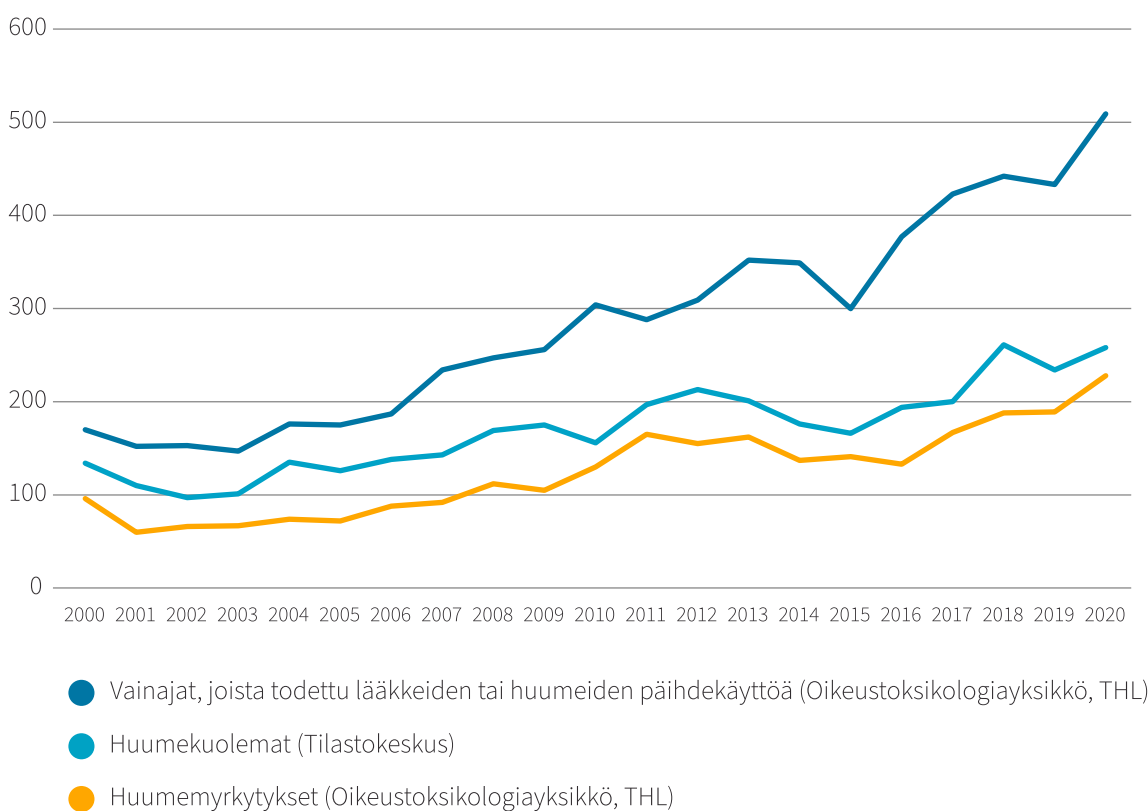
Kannabiskokeilut ovat yleistyneet kaikissa väestöryhmissä. Vaikka viimeisen vuoden aikaiset kokeilut ovatkin työttömillä (17 %) ja opiskelijoilla (13 %) työssäkäyviä (7 %) yleisempiä, erot eri väestöryhmien välillä ovat verrattain pieniä. Esimerkiksi sekä ammattikoulutuksen saaneista että korkeakoulututkinnon suorittaneista sama osuus eli noin seitsemän prosenttia raportoi viimeisen vuoden aikaisesta kannabiksen käytöstä vuonna 2018. (Karjalainen ym. 2020.)



Kuvio 1. Jotain huumetta viimeisen 12 kuukauden aikana käyttäneet ikäryhmittäin 1992–2018 (%). Lähde: THL, huume-kysely.

Vuonna 2017 tehdyn arvion mukaan Suomessa on 31 100–44 300 amfetamiineja ja opioideja ongelmallisesti käyttävää henkilöä, mikä vastaa 0,9–1,3 prosenttia maan 15–64-vuotiaasta väestöstä. Ongelmakäytöllä viitataan vakavia sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja aiheuttaneeseen huumeiden käyttöön. Huumeiden ongelmakäyttö on yleisintä 25–34-vuotiailla ja miehillä. Sitä esiintyy kaikkialla Suomessa, hieman Etelä- ja Itä-Suomeen painottuen, mutta alueelliset erot eivät ole suuria. Huumeita ongelmallisesti käyttävien ihmisten määrä on lisääntynyt 2010-luvulla. (Rönkä ym. 2020.)

Huumekuolemien määrä on lisääntynyt viime vuosina. Vuonna 2015 välittömiä huumekuolemia oli 166, kun vastaava luku vuonna 2020 oli 258 (kuvio 2). Huolimatta tilastointiperusteiden eroista, sama kehitys on nähtävissä tarkasteltaessa sekä huumemyrkytyskuolemia että huumelöydöksiä vainajista. (Rönkä & Markkula, 2020.) Huumekuolemat ovat lisääntyneet erityisesti 15–24-vuotiailla nuorilla. Tässä ikäryhmässä huumekuolemat ovat nelinkertaistuneet vuodesta 2015 lähtien. Vuonna 2020 15–24-vuotiaiden nuorten huumekuolemia oli yhteensä 72 (Tilastokeskus 2020).



Kuvio 2. Huumekuolemien kehitys 2000-luvulla (lkm). Lähde: Oikeustoksikologiyksikkö, THL; Tilastokeskus.

Viitteet

- Karjalainen K., Pekkanen N., Hakkarainen P. (2020). [Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018](#). Raportti 2/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Rönkä Sanna ja Markkula Jaana (toim.) (2020). [Huume-tilanne Suomessa 2020](#). Raportti 13/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Rönkä S., Ollgren J., Alho H., Brummer-Korvenkontio H., Gunnar T., Karjalainen K., Partanen A., Väre T. (2020). [Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017](#). Duodecim 8/2020, 927–935.
- Tilastokeskus 2020: [Suomen virallinen tilasto \(SVT\): Kuolemansyyt](#). Viitattu 18.5.2020.

Työikäisten ja ikääntyneiden rahapelaaminen

Anne Salonen, Tiina Latvala, Tanja Grönroos

Työssäkävivistä suomalaisista 2,8 prosentilla oli rahapeliongelma ja 15 prosenttia pelasi riskitasolla vuonna 2019 (Salonen ym., 2020). Rahapelejä pelanneet ovat pelaamattomia useammin päivittäin tupakoivia, mutta alkoholin suurkulutuksessa ei ollut eroa (Halme ym. 2010). On myös näyttöä siitä, että alkoholin riskikäyttö ja psyykinen kuormittuneisuus ovat yhteydessä sekä rahapeliongelmiin ja riskitason rahapelaamiseen (Salonen ym. 2020).

Rahapeliongelma on keskimääräistä yleisempi myös työttömällä tai lomautetuilla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla tai pitkäaikaisesti sairailta (Salonen & Raisamo 2015). Rahapeliongelma heikentää entisestään jo lähtötilanteessa heikommassa asemassa olevien taloudellista tilannetta. Tämä puolestaan ylläpitää ja lisää yhteiskunnan sosioekonomista epätasa-arvoa. (Grönroos ym. 2022)

64–74-vuotiaista 77 prosenttia oli pelannut vähintään yhtä rahapeliä vuoden 2019 aikana ja 44 prosenttia heistä pelasi vähintään kerran viikossa. Vuodesta 2007 rahapelaajien osuus on kasvanut 10 prosenttiyksikköä. Samalla tarkastelujaksolla tässä ikäryhmässä rahapeliongelman yleisyys on pysynyt samalla tasolla. Vuonna 2019, 2,3 prosentilla 65–74-vuotiaista oli rahapeliongelma ja 11 prosenttia pelasi riskitasolla. Rahapeliongelman ohella myös diagnosoidun rahapeliriippuvuuden osuus on samalla tasolla kuin 45–64-vuotiailla, ja hieman alhaisempi kuin väestössä keskimäärin. Myös vanhimmassa ikäryhmässä rahapeliongelma on yleisempää miehillä kuin naisilla. (Salonen ym. 2022)

Viitteet

Grönroos T., Kouvonen A., Kontto J., Salonen A. (2022). [Socio-Demographic Factors, Gambling Behaviour, and the Level of Gambling Expenditure: A Population-Based Study](#). *J Gambl Stud*, 38(4),1093-1109. doi: 10.1007/s10899-021-10075-6.

Halme J. T., Helakorpi S., Laitalainen E., Uutela A., & Alho H. (2010). [Rahapelaamisen tiheys on yhteydessä terveystieteisiin työikäisillä suomalaisilla](#). *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47(2).

Salonen AH, Lind K, Hagfors H, Castrén S, Kontto J. (2020) [Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019 - Suomalaisien rahapelaaminen 2019](#). Raportti 18/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Salonen A.H., Castrén S., Latvala T.A., Grönroos T., Levola J., & Vuori, M. (2022). [Gender- and age-stratified analyses of Gambling Disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers](#). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*.

Salonen Anne ja Raisamo Susanna (2015). [Suomalaisien rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15–74-vuotiailla](#). Raportti 16/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

4.3 Päihteiden ja nikotiinituotteiden käytön trendit tiiviisti

Teija Strand, Pia Mäkelä, Otto Ruokolainen, Karoliina Karjalainen, Kirsimarja Raitasalo, Janne Härkönen, Hanna Ollila

Alkoholin liikkakäyttö ja tupakointi ovat yksi merkittävimmistä suomalaisen yhteiskunnan ehkäistävisiä olevista terveysuhista. On arvioitu, että vähintään 13 prosenttia väestöstä käyttää alkoholia niin, että heillä on kohonnut riski pitkäaikaisille terveyshaitoille (Lintonen & Mäkelä 2018). Humalajuominen on kuitenkin pääasiassa vähentynyt sekä työikäisillä naisilla että miehillä vuodesta 2010 alkaen. Sen sijaan eläkeikäisten viikoittainen humalajuominen on pysynyt kohtalaisen vakaana, ja riskikäyttö on jopa hieman lisääntynyt eläkeikäisillä miehillä.

Tupakoinnin yleisyys on vähentynyt aikuisväestössä, mutta edelleen 20–64-vuotiaasta väestöstä tupakoi päivittäin 14 prosenttia miehistä ja 11 prosenttia naisista vuonna 2020. Nuuskan käyttö on vähäisempää mutta yleistynyt viime vuosina eritoten nuorilla miehillä. (Tupakkatilasto 2020.)

Vuoden 2007 jälkeen alkaneen alkoholin kulutuksen ja alkoholikuolleisuuden vähenemisen vuoksi Suomessa on vuosina 2008–2020 säästytty lähes 9 000:lta alkoholin aiheuttamalta kuolemalta, joista 8 600 olisi kertynyt alle 60-vuotiaiden joukosta. Kuolemat ovat ääri-ilmio: jokaista alkoholin aiheuttamaa kuolemaa kohti on paljon suurempi määrä erilaisia alkoholin aiheuttamia somaattisia sairauksia, riippuvuutta ja mielen hyvinvoinnin haasteita (Päihdetilastollinen vuosikirja 2021, WHO 2014).

Vuoden 2007 jälkeisten alkoholiveronkorotusten sarjaa seurannut hyvä kehitys tulisi turvata. Vakava uhka sille on suomalaisessa alkoholipoliittisessa keskustelussa esiin nostettu ajatus alkoholimonopolin purkamisesta, sillä pohjoismaistyylisten alkoholimonopoliin on todettu olevan tehokas tapa ehkäistä alkoholihaittoja (Babor ym. 2022, Mäkelä ym. 2019, Hahn ym. 2012).

Tupakoinnin ja mielenterveysoireilun välillä on selkeä yhteys jo nuoruudessa ja aloittamisen ehkäisy on siksi tärkeää. On havaittu, että tupakointi ennustaa mielenterveyshäiriöitä ja toisaalta taas mielenterveyshäiriöt ennustavat tupakointia siirryttäessä nuoruudesta aikuisuuteen (mm. Ahun ym. 2020). Tupakka- ja nikotiinituotteiden kokeilut ovat siirtyneet Suomessa pitkäjänteisen tupakkapolitiikan tiukentamisen myötä myöhäisemmälle iälle.

Nuorten alkoholin käyttö ja tupakointi ovat viime vuosina vähentyneet, mutta haasteeksi ovat nousseet yleistyvät kannabiskokeilut sekä muiden tupakka- ja nikotiinituotteiden, kuten nuuskan, käyttö (Raitasalo & Härkönen 2019). On myös viitteitä siitä, että alkoholia käyttävien alaikäisten nuorten alkoholikäyttötavat olisivat muuttuneet humalahakuisemmiksi erityisesti tytöillä vuoden 2018 alkoholilain uudistuksen jälkeen (Härkönen ym. 2021). Yleisintä huumeaineiden käyttö on nuorten aikuisten ikäryhmässä, erityisesti miehillä (Karjalainen ym. 2019).

Suurimmalla osalla huumeita kokeilleista käyttö rajoittuu kuitenkin vain yhteen tai korkeintaan muutama kertaan ja yleensä kannabikseen. Ongelmallisesti huumeita käyttävien ihmisten määrä on lisääntynyt 2010-luvulla. Myös huumekuolemat ovat lisääntyneet viime vuosina, erityisesti 15–24-vuotiailla nuorilla, joiden ikäryhmässä huumekuolemat ovat nelinkertaistuneet vuodesta 2015 lähtien (Tilastokeskus 2020). Onkin esitetty, että Suomessa olisi uusi nuorten ongelmakäyttäjien sukupolvi, joka on suurempi kuin koskaan aikaisemmin. (Rönkä & Markkula 2020.)

Huumeiden käytön ja ongelmakäytön yleistyessä haitat lisääntyvät ja hoidon tarve kasvaa, mihin pitäisi pystyä vastaamaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla. Huumekuolemien ehkäisyn asiantuntijaryhmä (HEAR) on julkaissut suositukset menetelmistä, joiden käyttöä tulisi Suomessa edistää huumekuolemien ehkäisemiseksi (Kailanto & Viskari 2022). Suositeltuja menetelmiä ovat opioidikorvaushoito ja muut päihdepalvelut, valvotut käyttöhuoneet, huumeiden käyttäjien terveysneuvonta, naloksoniohjelma, avun hälyttämisen esteiden vähentäminen, tiedottaminen ja kampanjat, yhteistyö poliisin kanssa sekä huumeita käyttäviin ihmisiin kohdistuvan negatiivisen leiman vähentäminen.

Heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät enemmän pähteitä, tupakoivat yleisemmin ja pelaavat enemmän rahapelejä paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin verrattuna. Myös suuri osa haitoista kohdistuu heikoimmassa asemassa olevaan väestöryhmään, mikä lisää eriarvoisuutta entisestään. Alkoholinkäyttö ja tupakointi selittävät suuren osan tuloluokkien välisistä kuolleisuuseroista (Martikainen ym. 2014).

On huomionarvoista, että sosioekonomisen taustan mukaiset erot näkyvät jo nuorilla; erityisen huolestuttavaa on haitallisten terveystottumusten, kuten pähteiden ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ja rahapelaamisen kasautuminen tiettyihin nuorisoryhmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta voidaan lisätä muun muassa laaja-alaisella ehkäisevällä päihdetyöllä. Työ tukee ammattilaisten, yhteisöjen ja asukkaiden kykyä ymmärtää ja tukea eri taustoista tulevia ihmisiä, vähentää väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja, lisää väestön työ- ja toimintakykyä ja näin vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta (ks. Markkula ym. 2022). Saatavuutta säätelevä lainsäädäntö ja kulutusta hillitsevä vero- ja hintapolitiikka ovat ehkäisevän päihdetyön lisäksi oleellisia välineitä pähteiden aiheuttaman eriarvoisuuden vähentämiseen.

Viitteet

- Ahun M.N., Lauzon B., Sylvestre M.P., Bergeron-Caron C., Eltonsy S., O'Loughlin J. (2020). [A systematic review of cigarette smoking trajectories in adolescents](#). *Int J Drug Policy*. 2020 Sep;83:102838. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102838.
- Babor T., Casswell S., Graham K., Huckle T., Livingston M., Österberg E., Room R., Rossow I. and Sornpaisarn B. (2022). [Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy](#). (3rd ed.). Oxford.
- Hahn R.A., Middleton J.C., Elder R. ym (2012). [Effects of Alcohol Retail Privatization on Excessive Alcohol Consumption and Related Harms](#). *American Journal of Preventive Medicine* 42 (2012), 418–27.
- Härkönen J., Raitasalo K., Lintonen T., Mäkelä P. (2021). [Mitä tapahtui nuorten alkoholinkäytölle ja eri juomalajien kulukselle vuoden 2018 lakiuudistuksen jälkeen?](#) *Yhteiskuntapolitiikka*, 86(3), 251–262.
- Kailanto Sanna ja Viskari Inari (toim.) [Huumekeuolemien ehkäisy Suomen malli](#). Suosituksia huumekeuolemien ehkäisemiseksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 6/2022. 14 sivua. Helsinki 2022.
- Karjalainen K., Hakkarainen P., Salasuo M. (2019). [Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 2.
- Lintonen Tomi ja Mäkelä Pia (2018) [Kuinka suuri osa juomisesta on riskikäyttöä?](#) Teoksessa P. Mäkelä ym. (toim.): Näin Suomi juo – Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Teema 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–48.
- Markkula J., Karsson N., Ollila H., Strand T. (toim.) 2022. [Ehkäisevä päihdetyö - opas kunnille ja hyvinvointialueille](#). THL ohjaus 5/2022.
- Martikainen P., Mäkelä P., Peltonen R., Myrskylä M. (2014). [Income Differences in Life Expectancy](#). The Changing Contribution of Harmful Consumption of Alcohol and Smoking. *Epidemiology* 25(2), 182–190.
- Mäkelä Pia ja Karlsson Thomas (2019). [Miten alkoholimonopolit vaikuttavat väestön alkoholinkulutukseen?](#) Katsaus tutkimuskirjallisuuteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (5-6), 618–628.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2021. [Alkoholi ja huumeet](#). Sosiaaliturva. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Raitasalo Kirsimarja ja Härkönen Janne (2019). [Nuorten päihteiden käyttö ja rahapelaaminen - ESPAD-tutkimus 2019](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 40.
- Rönkä Sanna ja Markkula Jaana (toim.) 2020: [Huumetilanne Suomessa 2020](#). Raportti 13/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- World Health Organization (2014) [Global Status Report on Alcohol And Health](#). World Health Organization: Geneva, Switzerland.

5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUIDEN TILANNEKATSAUS

5.1 Mielenterveyspalveluiden käyttö ja saatavuus

Jaana Suvisaari

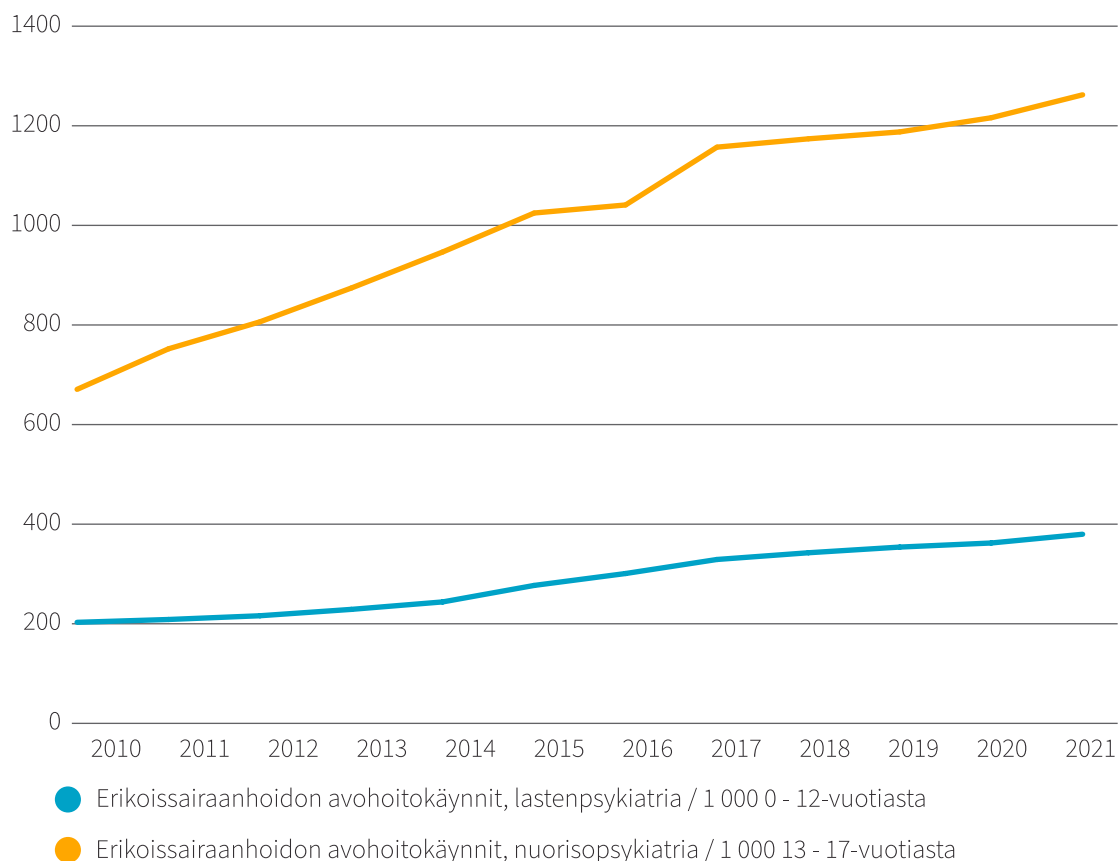
Lasten ja nuorten avohoidon mielenterveyspalveluiden käyttö

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan toimintaa, joka pyrkii ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Palveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Monet tahot tuottavat mielenterveyspalveluita, eikä kaikista palveluista ole tilastotietoa. Erityisen puutteellista on tieto yksityissektorin tarjoamista mielenterveyspalveluista sekä sosiaali- ja terveystieteiden ulkopuolella tapahtuvasta edistävistä ja ehkäisevästä työstä. Kun seuraavassa tarkastellaan mielenterveyspalvelujen käyttöä viime vuosina, nämä kansallisten tilastojen rajoitukset on hyvä muistaa.

Lasten ja nuorten mielenterveysperusteisen tutkimuksen ja hoidon tilastoraportin mukaan mielenterveysperusteisia tutkimus- ja hoitokäyntejä terveydenhuollossa oli 8,5 prosentilla 7–12-vuotiaista, 14,4 prosentilla 13–17-vuotiaista ja 18 prosentilla 18–22-vuotiaista vuonna 2020. Mielenterveysperusteisten käyntien asiakasmäärä oli suurempi perusterveydenhuollossa mutta käyntimäärä suurempi erikoissairaanhoidossa. Mielenterveysperusteisista tutkimuskäynneistä erikoissairaanhoidon käyntejä oli 73 prosenttia 7–12-vuotiaiden käynneistä, 70 prosenttia 13–17-vuotiaiden käynneistä ja 57 prosenttia 18–22-vuotiaiden käynneistä. (Forsell 2022)

Yleisin käyntisyynä 7–12-vuotiailla oli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Se oli diagnoosi 44 prosentilla käynneistä, joille oli ylipäättään kirjattu ICD-10-tautiluokituksen diagnoosi. Vanhemmissa ikäryhmissä yleisin käyntisyynä oli masennustila tai ahdistuneisuushäiriö. Poikien osuus 7–12-vuotiaiden mielenterveysperusteisista käynneistä oli 64 prosenttia, mutta alle kolmannes vanhemmissa ikäryhmissä. (Forsell 2022)

Lasten ja nuorten mielenterveysperusteisen tutkimuksen ja hoidon tilastoraportti osoitti, että tutkimusta ja hoitoa toteutetaan paljon myös perusterveydenhuollossa. Pidempää aikasarjaa on kuitenkin mahdollista tarkastella vain erikoissairaanhoidon osalta. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet huomattavasti sekä lastenpsykiatrisessa että nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Kasvu jatkui myös koronaepidemian aikana (Kuvio 1.).

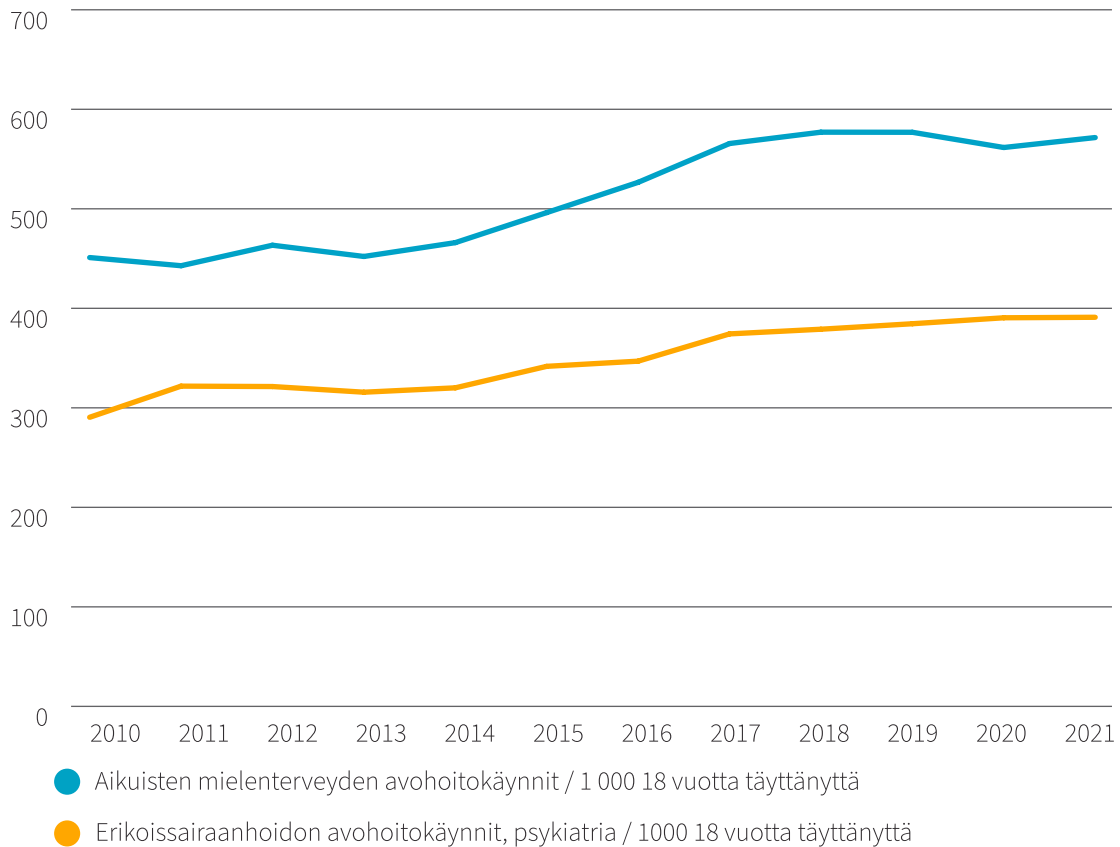


Kuvio 1. Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit (lkm) vuosina 2010–2021. Lähde: THL, Sotkanet.

Koronaepidemian aikana STM ja THL toteuttivat yhdessä psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiirien toimialajohtajille suunnatun kyselyn, jota toistettiin 1–3 kuukauden välein. Viimeisin kysely toteutettiin helmikuussa 2022. Kysyimme silloin alueiden näkemyksiä henkilöstötilanteesta. Tulokset olivat huolestuttavia. Vain kahdella alueella oli lastenpsykiatrian lääkäritilanne hyvä, ja nuorisopsykiatrialla vain yhdellä alueella. Hoitohenkilökunnan osalta tilanne oli hyvä lastenpsykiatriassa kolmasosalla vastanneista alueista, nuorisopsykiatriassa ei yhdelläkään. Myös muiden ammattialojen henkilöstöpula on yleistä. Vaikka koronaepidemiaa ei pidetty näiden ongelmien aiheuttajana, monella alueella tilanne on vaikeutunut koronaepidemian aikana. Toisaalta erikoissairaanhoidon pääsyä jonotaneiden määrä on kasvanut koronaepidemian aikana – lisääntyneistä käyntimääristä huolimatta. (Suvisaari ja Rissanen 2022)

Aikuisten avohoidon mielenterveyspalveluiden käyttö

Aikuisten mielenterveysperusteisesta tutkimuksesta ja hoidosta ei ole tehty yhtä kattavaa tilastoraporttia kuin lapsista ja nuorista. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti ei kata perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja. Joissain sairaanhoitopiireissä erikoislääkärijohtoiset avohoidon mielenterveyspalvelut ovat kuitenkin osittain tai kokonaan integroitu osaksi perusterveydenhuoltoa, jolloin pelkästään erikoissairaanhoidon tilastot eivät anna kokonaiskuvaa avohoidon mielenterveyspalveluista.



Kuvio 2. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäynnit ja erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit vuosina 2010–2021 (lkm). Lähde: THL, Sotkanet.

Kuviossa 2 on esitetty erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ja kaikki mielenterveyden avohoitokäynnit (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käynnit) vuosina 2010–2021. Käyntien määrä lisääntyi jyrkemmin vuoteen 2017 asti. Sen jälkeen käyntimäärät ovat tasaantuneet. Todennäköisesti koronaepidemiasta johtuen kaikkien aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntien määrässä tapahtui vuonna 2020 lievä lasku, mutta vuonna 2021 käyntimäärät ovat lähellä pandemiaa edeltänyttä tasoa.

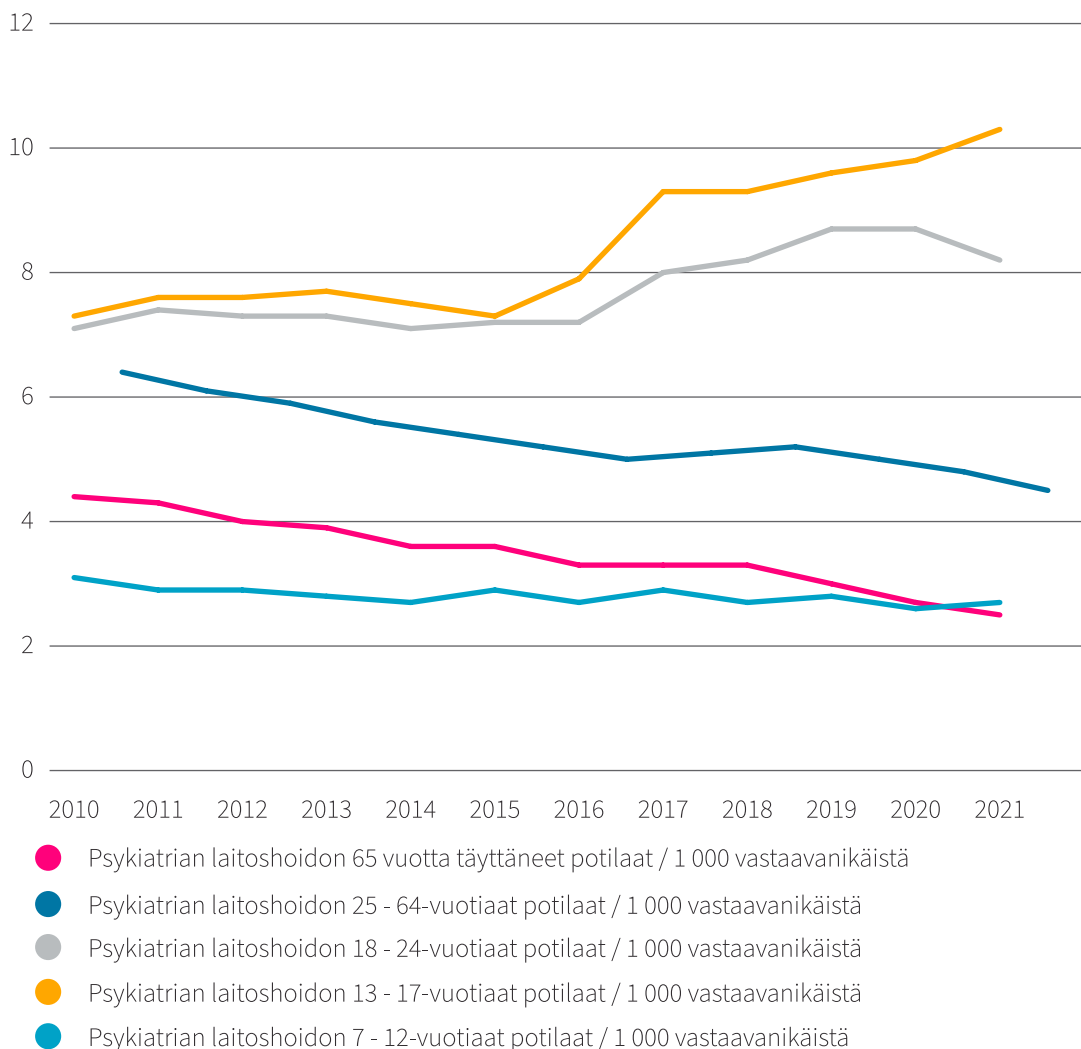
Psykiatrian erikoisaloille hoitoon pääsyä odottaneiden määrä on kasvanut huomattavasti koronaepidemian aikana. Kun vuonna 2019 hoitoa odottaneita oli 3501, heitä oli vuoden 2022 huhtikuun lopussa 5796. Lasten- ja nuorisopsykiatrialle hoitoon pääsyä odottaneita oli 1178 vuonna 2019 ja 1674 huhtikuun 2022 lopussa. (Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2022 Tilastoraportti)

Erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ohjautumisessa on tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisen 10 vuoden aikana. Esimerkiksi lähetemäärät sukupuoli-identiteetin tutkimuksiin (Kaltiala-Heino ym. 2018) ja ADHD-tutkimuksiin (Jylhä ym. 2022) ovat kasvaneet huomattavasti. Palvelujärjestelmän pullonkauloista ja kysynnän muutoksista tarvittaisiin nykyistä kattavampaa ja ajantasaisempaa tilastotietoa, jotta ongelmiin pystyttäisiin kehittämään toimivia ratkaisuja.

Aikuispsykiatrian henkilöstöpula on pahentunut viime vuosina. Erikoissairaanhoidon kyselyssä kaikilla vastanneilla alueilla oli lääkäri- ja hoitajapulaa, ja myös muista ammattilaisista on pulaa useimmissa sairaanhoitopiireissä. Vaikka koronaepidemiaa ei pidetty näiden ongelmien aiheuttajana, monella alueella tilanne on vaikeutunut koronaepidemian aikana. (Suvisaari ja Rissanen 2022)

Psykiatrisen sairaalahoito

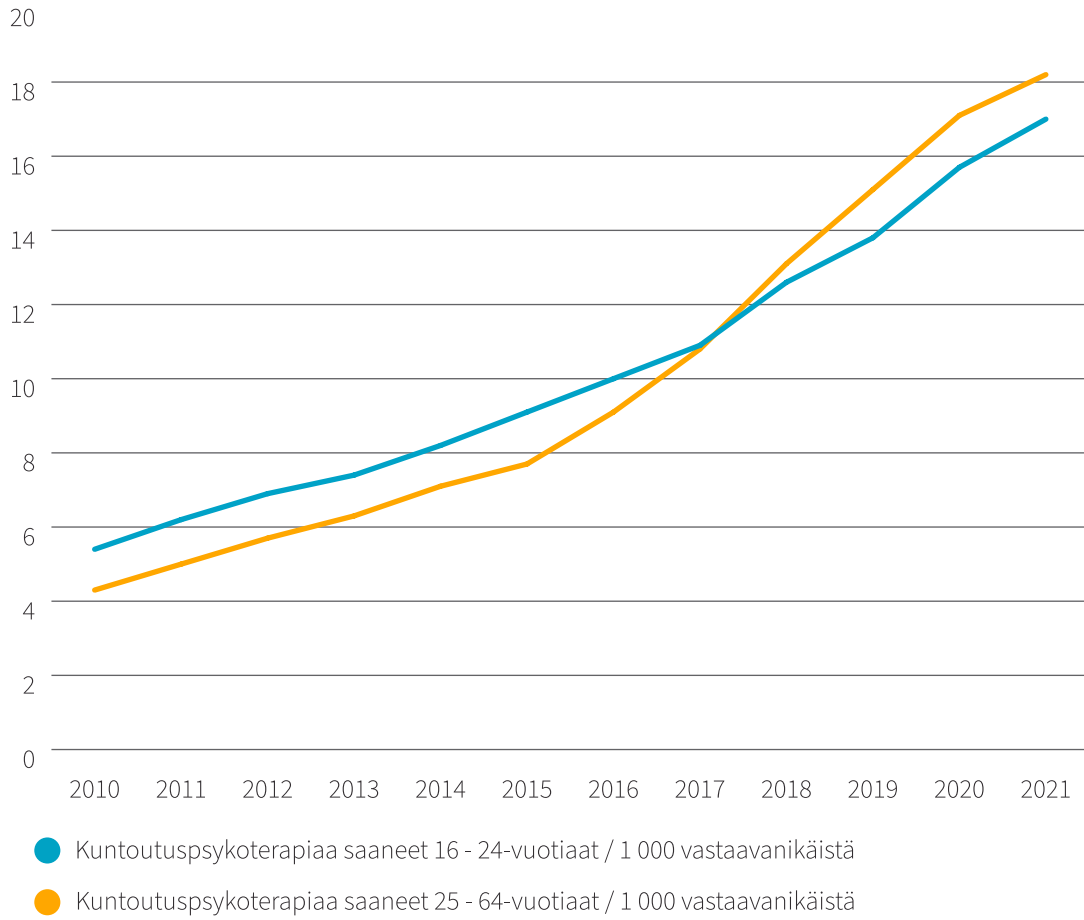
Psykiatrisessa sairaalahoitossa olleiden 13–17-vuotiaiden ja 18–24-vuotiaiden osuus ikäryhmästä on lisääntynyt vuosina 2010–2021, erityisesti vuoden 2015 jälkeen. Muissa ikäryhmissä sairaalahoitossa olleiden osuus on vähentynyt. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Psykiatrisessa sairaalahoitossa olleet potilaat tuhatta vastaavan ikäistä kohden eri ikäryhmissä vuosina 2010–2021. Lähde: THL, Sotkanet.

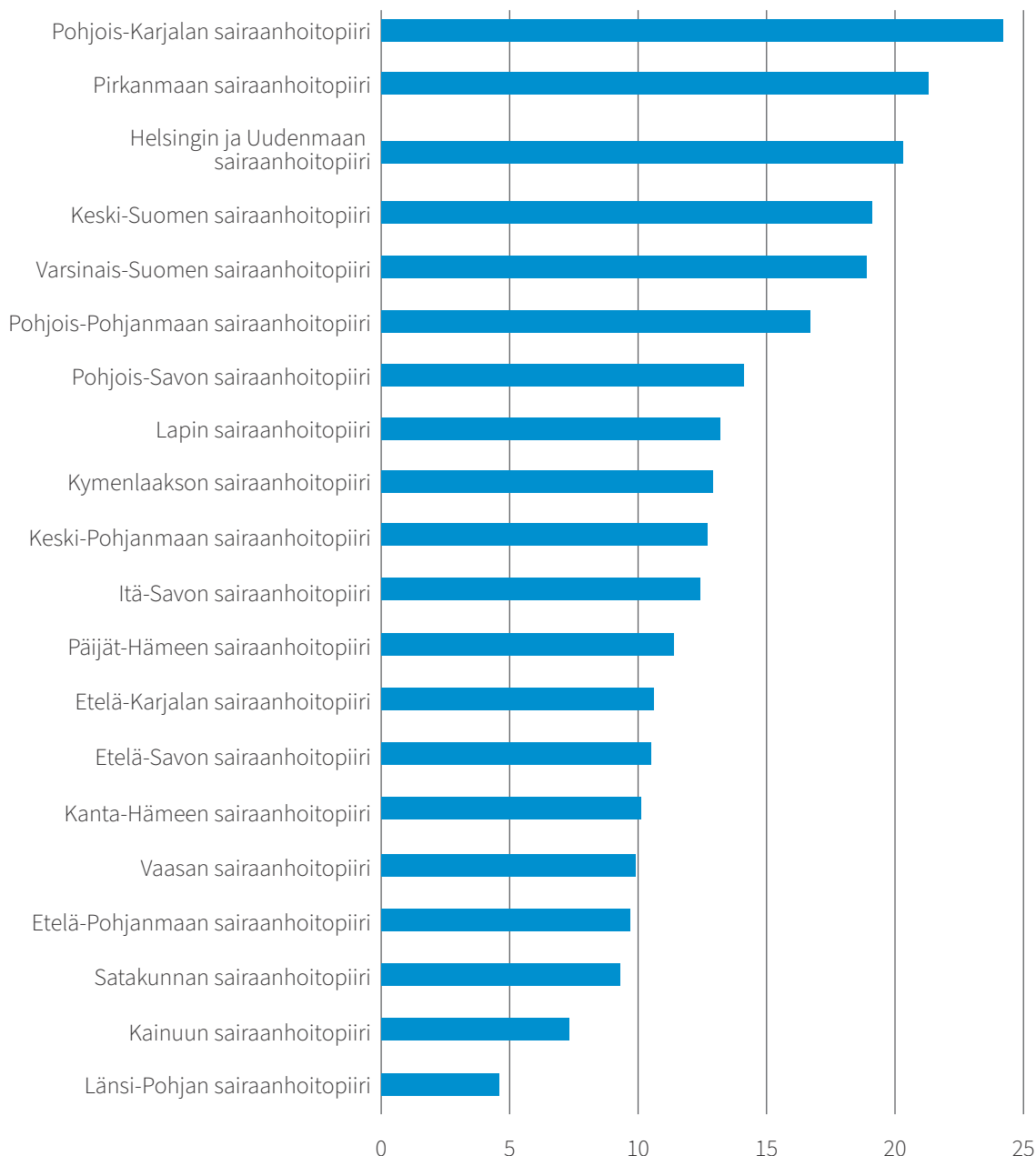
Kuntoutuspsykoterapia

Kelan kuntoutuspsykoterapia muuttui vuoden 2011 alusta harkinnanvaraisesta järjestämisvelvollisuuden alaiseksi kuntoutukseksi. Tämän seurauksena kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä on lisääntynyt huomattavasti vuodesta 2011 alkaen (Kuvio 4).



Kuvio 4. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet tuhatta vastaavan ikäistä kohden vuosina 2010–2021. Lähde KELA, Sotkanet.

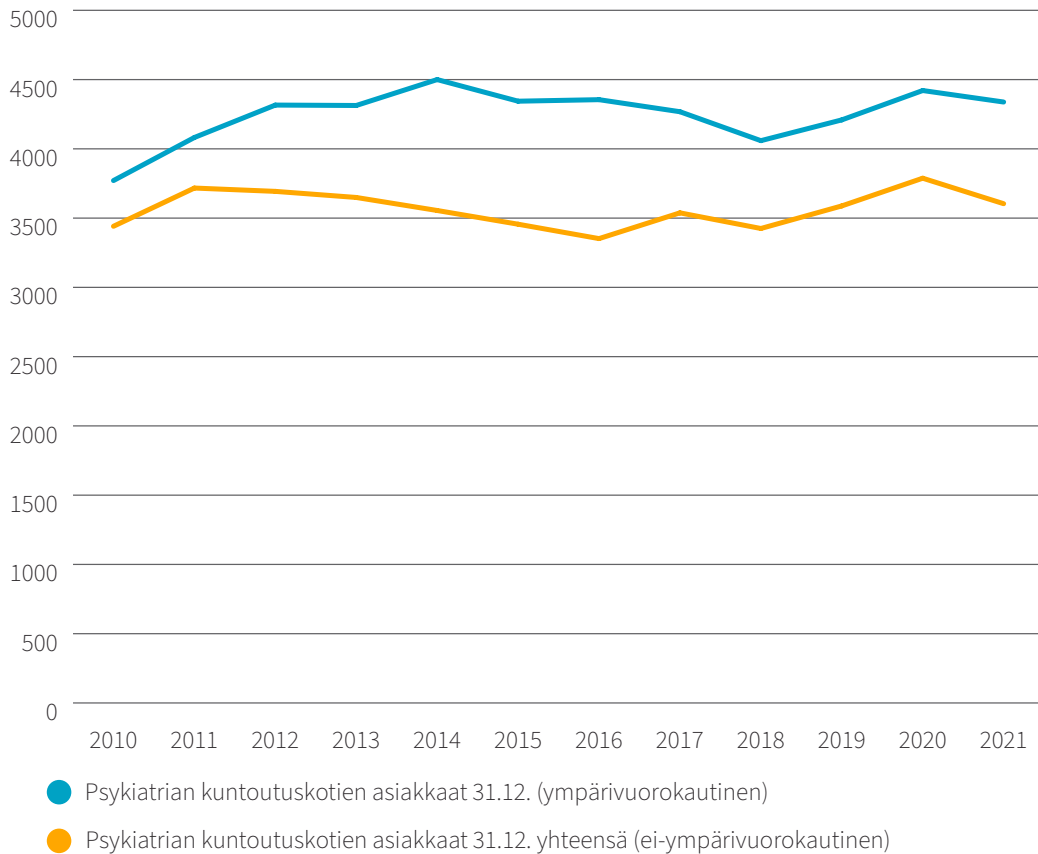
Kuntoutuspsykoterapian saamisessa on kuitenkin huomattavia alueellisia eroja: vuonna 2021 oli kuntoutuspsykoterapiaa saanut 16–24-vuotiaista sairaanhoitopiiristä riippuen 4,6–24,2 tuhatta vastaavan ikäistä kohden (Kuvio 5). On todennäköistä, että alueilla, joilla kuntoutuspsykoterapian saatavuus on heikompi, muut mielensterveyspalvelut kuormittuvat enemmän.



Kuvio 5. Kuntoutuspsykoterapiaa saaneet 16–24-vuotiaat tuhatta vastaavankäistä kohden eri sairaanhoitopiireissä. Lähde: KELA, Sotkanet.

Tuettu asuminen

Tuetuissa asumispalveluissa asui 7212 asiakasta vuonna 2010, ja vuonna 2021 asiakkaita oli 7942. Asiakkaiden määrän kasvu on ollut suurempaa ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa kuin ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa (Kuvio 6). Tarkasteltuna 10 000 asukasta kohden asiakasmäärissä on suuria alueellisia eroja. Manner-Suomessa ympärivuorokautisesti tuetuissa asumispalveluissa asuu sairaanhoitopiiristä riippuen 4–14 henkilöä 10 000 asukasta kohden ja ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa asumispalveluissa 4–12 henkilöä 10 000 asukasta kohden.



Lähde: THL, Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2005-2022

Kuvio 6. Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaiden lukumäärä vuosina 2010–2021. Lähde: THL, Sotkanet.

Pohdinta

Vuosien 2010–2021 merkittävin trendi on ollut nuorten mielenterveyspalvelujen käytien huomattava lisääntyminen. Avohoitokäyntien lisäksi myös sairaalahoitossa olleiden nuorten osuus on kasvanut. Vaikka käyntimäärät ovat kasvaneet myös koronaepidemian aikana, tarjonta ei ole vastannut kysyntää ja hoitoon pääsyä odottavien määrä on kasvanut.

Aikuisten avohoitokäyntien määrät ovat viime vuosina pysytelleet samalla tasolla, mutta hoitoon pääsyä odottavien määrä on kasvanut huomattavasti: palvelut eivät ole pystyneet vastaamaan kysynnän kasvuun. Kuntoutuspsykoterapiassa olevien osuus väestössä on kasvanut vuosina 2010–2021 huomattavasti. Kuntoutuspsykoterapian saatavuudessa on kuitenkin huomattavia alueellisia eroja.

Kansalliset rekisterit eivät kata kaikkia mielenterveyspalveluita. Erityisesti perustason mielenterveyspalveluista on vain niukasti rekisteritietoa. Mielenterveysstrategian osana toteutettua perustason mielenterveyspalvelujen kehittämistyötä ja sen tuloksia kuvataan muualla tässä raportissa.

Viitteet

Forsell, Maritta (2022). [Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020](#). Tilastoraportti 21/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.04.2022 [Suomen virallinen tilasto, Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa. Tilastoraportti 27/2022](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla osoitteesta [julkari.fi](#)

Kaltiala-Heino R., Työläjä M., Suomalainen L (2018). [Kun sukupuoli on nuorelle ongelma](#). Duodecim 2018;134(20):2041-6

Suvisaari Jaana ja Rissanen Päivi (2022). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa L Kestilä, S Kapiainen, M Mesiäislehto ja P Rissanen (toim.), [Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – Asiantuntija-arvio, kevät 2022](#) (s. 115–124). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Tani P., Koski A., Olkkola S., Grönfors S., Socada L., Halkola V., Vataja R. (2022). [Aikuisten ADHD-epäilyt - milloin tutki-
muksiin?](#) Duodecim 2022; 138: 1269-1271

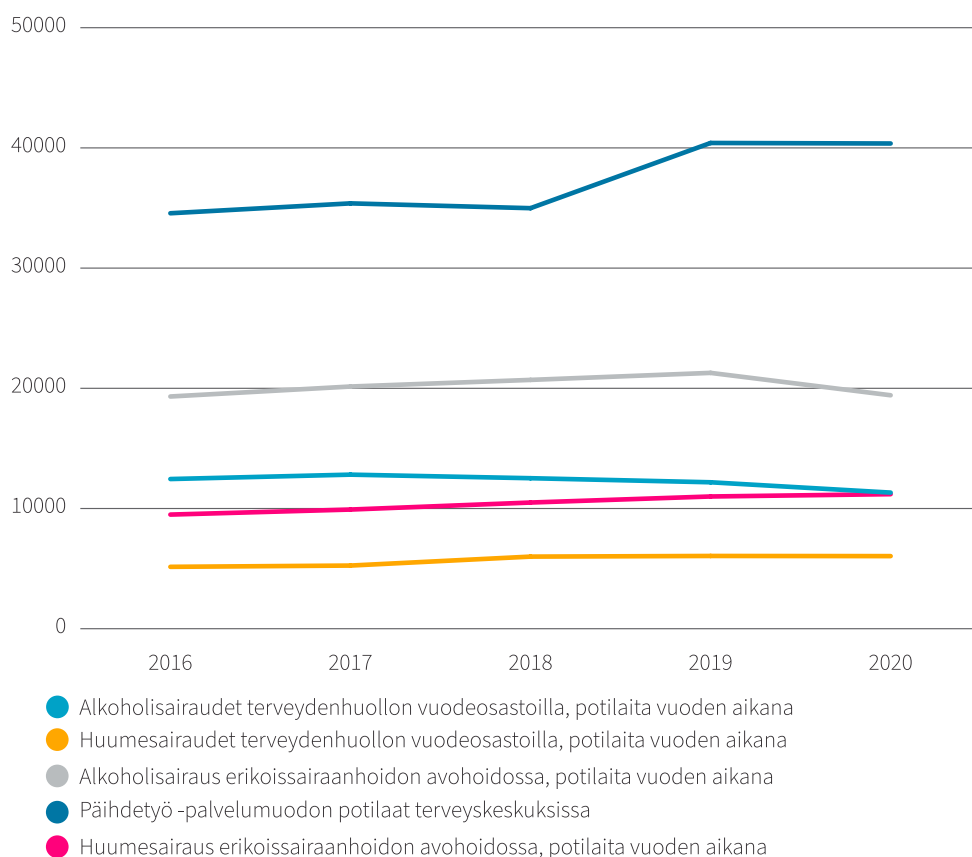
5.2 Päihde- ja riippuvuuspalveluiden käyttö ja saatavuus

Kristiina Kuussaari ja Maria Heiskanen

Terveydenhuollossa pähteiden käytön takia hoidetut potilaat

Kuviossa 1 tarkastellaan alkoholi- ja huumesairauksien potilasmääriä terveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon avohoidossa vuosina 2016–2020. Lisäksi kuviossa on terveyskeskusten päihdetyö-palvelumuodon potilaiden määrä. Alkoholisairastavuus on yleisempää kuin huumesairastavuus sekä terveydenhuollon vuodeosastoilla että erikoissairaanhoidon avohoidossa. Potilasmäärien trendit ovat olleet tarkastellulla ajanjaksolla tasaisia sekä vuodeosastoilla että erikoissairaanhoidossa. Huumesairauksien asiakasmäärissä on kuitenkin havaittavissa hienoista nousua erikoissairaanhoidon avohoidossa.

Päihdetyö -palvelumuodon potilasmäärissä ei tapahtunut juurikaan muutoksia vuosina 2016–2018. Sen sijaan vuodesta 2018 vuoteen 2019 on selvää kasvua. Tämä saattaa ainakin osittain selittyä kirjaamiseen liittyvillä muutoksilla (esim. jokin isompi alue on alkanut tuottaa tietoja AvoHilmoon). Koronaepidemia käynnistyi vuonna 2020. Erikoissairaanhoidon alkoholisairastavuuden osalta potilasmäärät näyttävät hieman laskeneen, mutta muuten tilanne näyttäisi pysyneen potilasmäärien osalta suhteellisen tasaisena myös koronaepidemian aikana.



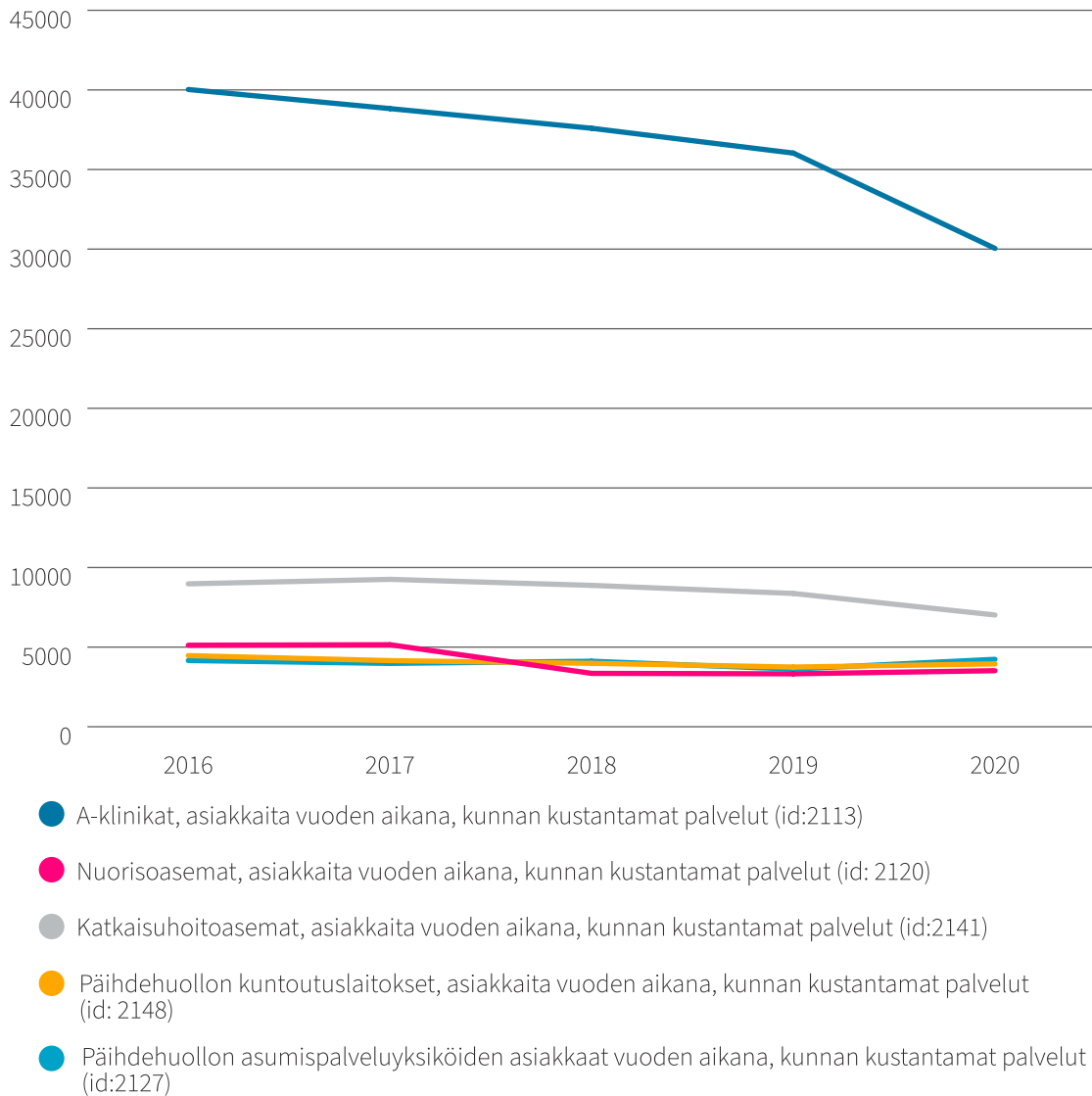
Kuvio 1. Alkoholi- ja huumesairauksien potilaat terveydenhuollon vuodeosastoilla ja erikoissairaanhoidon avohoidossa sekä päihdetyön palvelumuodon potilaat terveyskeskuksissa 2016–2020. Lähde: Päihdetilastollinen vuosikirja 2021.

Päihdehuollon erityispalveluissa hoidetut asiakkaat

Päihdehuollon erityispalvelujen (A-klinikat, nuorisoasemat, katkaisuhuoltoasemat, päihdehuollon kuntoutuslaitokset, päihdehuollon asumispalvelut) asiakasmäärät ovat laskeneet 2010-luvulla. Kuviosta 2 nähdään, että ajanjaksolla 2016–2020 asiakasmäärät ovat laskeneet etenkin nuorisoasemilla (31 %). A-klinikoiden tai vastaavien päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärät ovat laskeneet neljänneksellä (25 %), katkaisuhoidon asiakasmäärät reilulla viidenneksellä (22 %) ja kuntouttavan laitoshoidon asiakasmäärät ovat tippuneet 17 prosenttia. Vain päihdehuollon asumispalveluissa oli havaittavissa hienoista asiakasmäärien nousua vuodesta 2016 vuoteen 2020.

Päihdehuollon erityispalvelujen tiedot saadaan THL:n kuntien sosiaalipalvelujen toimintatilastosta. Tässä tilastossa kunnat toimittavat tietoja itse kustantamistaan palveluista. Tiedot ovat summatason tietoja eikä niiden avulla voida erotella esimerkiksi sitä, minkä päihteen käytön tai muun riippuvuuden takia asiakas on ollut hoidossa. Päihdehuollon erityispalveluja koskevien asiakasmäärien laskeva trendi saattaa kertoa myös palvelujärjestelmässä tapahtuneista muutoksista.

Esimerkiksi katkaisuhuolto on siirretty aikaisempaa enemmän terveydenhuollossa toteutettavaksi, kun sitä aikaisemmin toteutettiin erillisissä katkaisu- ja vieroitushoitoyksiköissä. Osaltaan laskevat asiakasmäärät saattavat kuvastaa myös kuntien heikentyntä taloustilannetta: päihdeongelmien hoitoon on kunnissa saattanut olla aikaisempaa vähemmän rahaa käytössä. On kuitenkin syytä todeta, että vaikka asiakasmäärät päihdehuollon erityispalveluissa laskevat, se ei välttämättä tarkoita sitä, että hoidon tarve olisi vähentynyt.



Kuvio 2. Päihdehuollon erityispalvelujen asiakasmäärät 2016–2020. Lähde: THL, Sotkanet.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella tehtiin syksyllä 2021 laitosmuotoista päihdehoitoa ja -kuntoutusta koskeva kysely. Tavoitteena tutkimuksessa oli selvittää, kuinka paljon laitosmuotoista päihdekuntoutusta tarjoavia yksiköitä Suomessa kyselyn tekohetkellä oli, minkälaista hoitoa oli ja kenelle se oli suunnattu. Lisäksi kysyttiin yksiköissä käytössä olevia Palveluvalikoimaneuvoston suositusten (2020a) mukaisia psykososiaalisia menetelmiä sekä sitä, minkälaista koulutusta ja työnohjausta henkilöstö oli saanut menetelmien käyttöön.

Tutkimuksen mukaan Suomessa identifioitiin 45 laitosmuotoista päihdehoitoa ja -kuntoutusta antavaa yksikköä, joista 34 vastasi kyselyyn. Vastanneista yksiköistä valtaosa (79 %) oli yksityisiä palveluntuottajia ja ne tarjosivat sekä pitkäkestoista että lyhytkestoista päihdehoitoa ja -kuntoutusta. Vuonna 2020 yksiköissä oli yhteensä 486 asiakaspaikkaa ja asiakkaita oli 3 671. Yksiköissä eniten käytettyjä psykososiaalisia menetelmiä olivat motivoiva haastattelu, 12 askeleen ohjelma sekä kognitiivinen käytäytymisterapia. (Nevalainen ym. 2022)

Opioidikorvaushoidossa olleiden määrää arvioitiin vuonna 2019. Vuoden 2019 viimeisenä päivänä opioidikorvaushoidon piirissä arvioitiin olleen 4 779 potilasta. Korvaushoidossa olleiden potilaiden määrä oli kasvanut huomattavasti (44 %) edelliseen vuonna 2015 toteutettuun selvitykseen verrattuna. Eniten opioidikorvaushoitopotilaita oli päihdehuollon erityispalveluissa (75 %). Terveyskeskuksissa, erikoissairaanhoidossa ja vankiterveydenhuollossa näitä potilaita oli huomattavasti vähemmän. Opioidikorvaushoidossa olevista potilaista lähes puolet (48 %) oli kuntouttavassa korvaushoidossa, ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa oli 28 prosenttia. Korvaushoidon tavoitetta ei ollut määritelty kuntouttavaksi tai haittoja vähentäväksi 23 prosentilla potilaista. (Partanen ym. 2022)

Ympärivuorokautisia lastensuojeluyksiköitä koskevassa tutkimuksessa nostettiin esiin, että työntekijöillä oli osaamisvajeita erityisesti päihdekuntoutuksessa ja -katkaisussa. Päihdepalveluihin ja psykiatriin palveluihin pääsy koettiin vaikeaksi. (Heino ym. 2021.) Mäkilä ja kumppanit (2022) tutkivat nuorten aikuisten päihdepalveluihin pääsyä tilanteessa, jossa he ovat hakeutuneet päihdehoitoon ensimmäistä kertaa. Tutkimuksessa nousi esiin, että aikaisemmat kokemukset sote-palveluista joko estivät tai kannustivat avun hakemiseen. Esiin nostettiin myös se, että päihdeiden käyttö ei saisi olla este mielen-terveyspalveluihin pääsulle.

Rahapelihaitat ja muut toiminnalliset riippuvuudet

Kuntakyselyissä yli 90 prosenttia Suomen kunnista kertoo, että asukkaille on saatavilla hoitoa rahapeli-riippuvuuteen (Heiskanen ym. 2021). 74 prosenttia terveyskeskuksista tarjosi vuonna 2020 yksilöneuvontaa rahapeli-riippuvuuteen. Rahapeliongelmiin vähentämiseen tarkoitettua ryhmää ei ollut tarjolla valtaosassa terveyskeskuksista. (Hyvärinen ym. 2022) Puolet laitosmuotoista päihdehoitoa ja -kuntoutusta koskevaan kyselyyn vastanneista yksiköistä tarjosi syksyllä 2021 laitosmuotoista hoitoa ja kuntoutusta myös rahapeli-riippuvuuteen (Nevalainen ym. 2022).

Rahapeli-riippuvuuden hoidossa tehdään laajasti yhteistyötä muiden palvelujen kuten aikuissosi-aalitöiden, mielen-terveys- ja päihdepalvelujen, velkaneuvonnan ja lastensuojelun kanssa. 95 prosenttia kuntakyselyyn vuonna 2020 vastanneista kunnista (N=148) teki rahapeli-riippuvuuden hoidossa yhteistyötä mielen-terveyspalvelujen kanssa. (Heiskanen ym. 2021.) Muihin päihde- ja riippuvuusongelmiin nähden rahapeli-riippuvuudessa korostuu talous- ja velkaneuvonnan tarve.

AvoHilmo-rekisterin rahapeliongelman strukturoitu kartoitus -toimenpidetä (IHA14) kertoo siitä, kuinka monen asiakkaan kanssa rahapeliongelmaa on kartoitettu esimerkiksi siihen tarkoitettu-lla lyhyttestillä. Kartoituksen tekeminen ei tarkoita, että henkilöllä olisi rahapeliongelma. Koodilla on ajanjaksolla 2019–4/2022 kirjattu 580 toimenpidettä 532 eri asiakkaalle. Kirjauksista 80 prosenttia on tehty Päijät-Hämeessä, mutta myös Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla sekä Varsinais-Suomessa. Kaksi kolmasosa kartoituksista on kirjattu mielen-terveystyöhön ja yksi kolmasosa päihdetyöhön. Lähes 90 prosenttia kirjauksista on tehnyt sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. (THL 2022b.)

Rahapeli-riippuvuuteen liittyvät palvelut eivät toistaiseksi näy perusterveydenhuollon tai erikois-sairaanhoidon valtakunnallisissa rekistereissä muutoin kuin rahapeliongelman strukturoidun kartoituksen (IHA14) ja rahapeli-riippuvuuden diagnoosin osalta. Esimerkiksi perusterveydenhuollon AvoHilmo-rekisterin päihdetyö-palvelumuoto pitää todennäköisesti sisällään jossain määrin myös rahapeli-riippuvuuden hoitoa. Hilmo-rekistereihin tallentuu jossain määrin kirjauksia rahapeli-riippuvuuden diagnoosista, mutta vähäisen kirjaamisen vuoksi sen avulla ei voida toistaiseksi seurata esimerkiksi palvelujen käytön kehitystä (ks. Salonen ym. 2022).

Alkuvuodesta 2022 yli 70 prosentissa kuntia oli saatavilla digipeliongelman avohoito- ja kuntou- tusta. Hieman alle 40 prosentissa kuntia oli saatavilla hoitoa myös muihin toiminnallisiin riippuvuuksiin. Yleisimmin mainitut muut riippuvuudet olivat seksi- tai pornoriippuvuus ja ostoriippuvuus. Li- säksi mainittiin läheisriippuvuus, työriippuvuus ja myös syömishäiriöt. (Kuntakysely 2022)

Samanaikaiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt sote-palveluista tukea saavilla päihteiden käyttäjillä

Päihteiden käytön takia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttäneillä henkilöillä on usein myös samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Päihdetapauslaskennoissa on neljän vuoden välein selvitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuvaa päihde-ehdoista asiointia. Päihde-ehdoisella asiointilla tarkoitetaan 1) päihteiden ongelmakäyttöä, 2) päihtyneenä asiointia tai 3) jotain päihteiden käyttöön liittyvää kertahaittaa (esim. tapaturma). Vuoden 2019 päihdetapauslaskennassa 38 prosentilla asiakkaista/potilaista oli ollut päihdeongelman lisäksi jokin lääkärin toteama mielenterveyshäiriö viimeisen vuoden aikana. (Kuussaari ym. 2021a.)

Naisilla (48 %) samanaikaiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt olivat yleisempiä kuin miehillä (36 %), ja näin oli myös nuoremmassa ikäryhmässä (alle 35-vuotiaat 51 %; yli 50-vuotiaat 30 %). Samanaikaiset päihde- ja mielenterveyshäiriöt olivat yleisempiä henkilöillä, joilla oli ollut jonkin laittoman huumeen käyttöä (51 %) viimeisen vuoden aikana kuin henkilöillä, joilla oli ollut pelkästään alkoholin (31 %) käyttöä. (Päihdetapauslaskenta 2019.)

Suuri osa henkilöistä, joilla oli samanaikaisia päihde- ja mielenterveyshäiriöitä, oli laskentapäivänä ollut päihdehuollon erityispalvelujen (42 %) tai terveydenhuollon (35 %) palvelujen piirissä. Heitä oli selvästi vähemmän sosiaalipalveluissa (10 %) ja asumispalveluissa (10 %). Palvelujen käytön ensisijaisista syyistä kysyttäessä, psyykinen syy oli mainittu 13 prosentissa vastauksista. Reilulle 10 prosentille oli laskentapäivän aikana tehty jokin psykiatrinen tutkimus. (Päihdetapauslaskenta 2019.)

Opioidikorvaushoidossa olevilla on usein myös samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Esimerkiksi vuoden 2015 päihdetapauslaskennan aineistossa opioidikorvaushoidossa olleista lähes puolella (49 %) oli ollut jokin muu kuin päihteiden käyttöön liittyvä mielenterveyshäiriö (vrt. ei korvaushoidossa olleet opioidien käyttäjät 53 % ja muut päihdeasiukkaat 45 %) (Mäkelä ym. 2019).

Myös THL:n syksyllä 2021 toteuttamassa laitospaatoista päihdehoitoa- ja kuntoutusta koskevassa tutkimuksessa asiakkaiden mielenterveysongelmat nousivat esiin. Yli puolet vastanneista yksiköistä (55 %) nosti esiin sen, että yksikössä hoidettiin myös erilaisia mielenterveyshäiriöitä. Asiakaskunnan profiilintia koskevassa avokysymyksessä tuli esiin, että asiakkailla oli usein myös erilaisia psyykkisiä ongelmia (39 %). Tutkimukseen vastanneet yksiköiden johtajat tai vastaavassa asemassa olevat työntekijät toivat esiin myös sen, että päihteitä käyttävien asiakkaiden pääsy mielenterveyspalvelujen piiriin on toisinaan vaikeaa. Kun kysyttiin laitospaatoisen päihdehoidon- ja kuntoutuksen erityisiä haasteita, esiin nousivat asiakkaiden psyykkiset ongelmat. (Nevalainen ym. 2022)

Pohdinta

Palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja tarpeenmukaisuus tulee varmistaa eri ikäryhmillä. Nuorilla esimerkiksi päihde- ja riippuvuuspalvelujen ja lastensuojelun yhteys on tärkeä (esim. Heino ym. 2021). Ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien tarpeisiin vastataan pääosin kotiin vietävien hoivapalveluiden avulla, eivätkä kuntouttavat palvelut tunnu tavoittavan eläkkeelle siirtyneiden suurten ikäluokkien edustajia (Kuussaari ym. 2021b).

Rahapelaamisen siirtyminen voimakkaammin internetiin, ja raha- ja digipelaamisen sekoittuminen esimerkiksi maksamisen ja arvontojen tapojen tai sosiaalisten elementtien osalta on erityisen tärkeää huomioida nuorissa ikäryhmässä. Suuret ikäluokat taas ovat nähneet elämänsä aikana rahapelaamisessa tapahtuneen suuren murroksen hyväntekeväisyydestä korkean riskin viihteeksi, eikä rahapelaamisen ongelmia välttämättä tunnusteta (Heiskanen & Matilainen 2020).

Riippuvuus- ja mielenterveysongelmien yhteinen esiintyvyys ja samanaikainen palvelutarve on nähtävissä esimerkiksi päihde-ehdoisissa asiointeissa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja laitospaatoisessa päihdehoidossa ja -kuntoutuksessa. Tulevaisuudessa olisi tarve indikaattorille, joka yhdistäisi riippuvuus- ja mielenterveysongelmien diagnoosit: näin voisimme seurata sitä, kuinka monella henkilöllä

on diagnoosi sekä päihteiden käyttöön tai muuhun riippuvuuteen että johonkin mielenterveysongelmaan liittyen.

Päihteitä ongelmallisesti käyttävien ja riippuvuuksia kokevien ihmisten palvelutarve on moninainen. Järjestelmässä tulisikin kiinnittää huomiota siihen, että erilaisia asiakkaan tarpeenmukaisia palveluja on riittävästi saatavilla.

Viitteet

- Heino T., Lappalainen E., Ranta H. & Weckroth N. (2021). [Lastensuojelun 24/7 yksiköt](#). Palvelutuotannon moninaisuus ja haasteet. Raportti 6/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Heiskanen M., Kesänen M. & Tenkanen O. (2021). [Rahapeliongelman hoidon saatavuus Suomessa – kuntakyselyn tuloksia](#). Tutkimuksesta tiiviisti 23/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Heiskanen, M & Matilainen R (2020). [Baby boomers as gamblers: recognizing and preventing gambling harm with inter-sectional approach](#). Public Health 184, 5–10. doi: 10.1016/j.puhe.2020.04.020.
- Hyvärinen S., Härkönen J., Strand T., Ruokolainen O., Heiskanen M., Sandström P., Saaristo V. & Wiss K. (2022). [Terveydenedistämistäktiivisuus perusterveydenhuollossa – Alkoholin ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön sekä ongelmallisen rahapelaamisen ehkäisy](#). Tutkimuksesta tiiviisti 24/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kuntakysely 2022. Julkaisematon, tulossa.
- Kuussaari, K., Rautiainen, E & Grainger, M (2021a). [Päihdetapauslaskenta 2019 päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyn ja hoidon kehittämisen tietolähteenä](#). Teoksessa Kaukonen, O & Kuussaari, K (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2021.
- Kuussaari K., Tigerstedt C. & Vilkkö A. (2021b). [55-vuotta täyttäneet päihteiden käyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä](#). Teoksessa Kaukonen O. & Kuussaari K. (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Raportti 2/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Mäkelä N., Partanen A., Alho H. & Kuussaari K. (2019). [Opioidikorvaushoidossa olevien erottuminen muista päihteiden käytön takia asioivista](#). Lääkärilehti 9/2019 vsk 74, 545–549.
- Mäkilä A., Jurvanen S., & Helfer A., Huhta H. & Pitkänen T. (2022). [Polkuja päihdepalveluihin](#). Selvitys päihdepalveluiden saatavuudesta ensimmäisellä hakukerralla. Nuorisotutkimusseuran/Nuorisotutkimusverkoston verkkojulkaisuja 170.
- Nevalainen, E, Kuussaari, K, Partanen, A, Heiskanen, M & Määttänen, M (2022). Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Työpäpaperi 12/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Palveluvalikoimaneuvoston suositus (Palko) (2020a). [Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät](#). Osa I: Alkoholiriippuvuus.
- Partanen A, ym. (2022): [Opioidikorvaushoidossa olevien määrä jatkanut kasvuaan 2019](#). Lääkärilehti, hyväksytty julkaistavaksi.
- [Päihdetapauslaskenta \(2019\)](#). Kristiina Kuussaari, henkilökohtainen tiedonanto 22.5.2022.
- Salonen A., Castrén S., Latvala T., Grönroos T., Levola, J. & Vuori, M.. (2022). [Gender- and age-stratified analyses of gambling disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers](#). Nordic Studies on Alcohol and Drugs, First published online August 19, 2022. doi:10.1177/14550725221108793.
- THL 2022b. [Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon SPAT-toimenpiteet, IHA14](#). https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus08/fact_ahil_perus08?row=toimenpide-415498&column=aika-87596 (17.5.2022).

5.3 Teknologia-avusteisten palveluiden käyttö ja saatavuus

Teija Strand ja Outi Linnaranta

Teknologia-avusteisten palveluiden käytöstä yleisesti

Suomi on kansainvälisesti kärkimaita terveyden ja hyvinvoinnin sähköisessä tiedonhallinnassa, josta osoituksena ovat sosiaali- ja terveydenhuollon Kanta-palvelut (Kansallinen Terveysarkisto, ks. Myös STM2016).

Esimerkkejä teknologia-avusteisista palveluista ovat muun muassa erilaiset palveluportaalit, hoito-ohjelmat, arviointi- ja diagnosointityökalut, terveys- ja hyvinvointisovellukset, puettavat älylaitteet ja monitorointi (kuva 1). Valitsimme tähän tekstiin yleiskäsitteeksi teknologia-avusteiset palvelut ja hoitomuodot, sillä se kattaa niin erilaiset palveluportaalit, hoitopolut kuin erityiset hoidolliset sovellukset.

setkin. Aihepiirin ja alan käsitteistö kuitenkin tarkentuu ja kehittyy koko ajan. Tekstissä viitataan esimerkiksi “sähköisiin” tai “digitaalisiin” sen mukaan, mitä käsitettä on käytetty viitatussa tutkimuksessa.

Ihmisillä, joilla on mielenterveyteen tai päihdeiden käyttöön liittyviä haasteita voi olla sovellusten käytettävyyteen ja sisältöön liittyviä erityistarpeita, jotka tulisi huomioida, kun yleisiä teknologia-avusteisia palveluita suunnitellaan ja toteutetaan. Erityisesti mielenterveys- ja/tai päihdehäiriöiden hoitoon soveltuvaksi suunniteltuja teknologia-avusteisia ratkaisuja on Suomessa kehitetty vielä hyvin rajoitettu määrä, eivätkä ne pääsääntöisesti ole laajamittaisessa käytössä.

Esittelemme tässä luvussa joidenkin mielenterveysstrategian toimeenpanon kannalta keskeisten palvelumuotojen käyttöä ja vaikuttavuutta tutkimusten ja esimerkkien avulla.



Kuva 1. Esimerkkejä teknologia-avusteisista palvelu- tai hoitomuodoista, jotka soveltuvat mielenterveys- ja päihde-työhön.

Koronapandemia muutti sekä teknologia-avusteisten palveluiden tarjontaa että niiden käyttöä Suomessa. Suomi on ollut digitaalisuudessa pitkällä jo ennen pandemiaakin, mutta viimeistään pandemian myötä digitaalisista ympäristöistä tuli entistä merkittävämpi osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Kyytsönen 2021, 5.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden sähköistä asiointia kartoittaneen väestökyselyn (2021) mukaan reilu viidennes (22 %) suomalaisista asioi vuonna 2021 sähköisesti sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen kanssa videoyhteyden tai chatin välityksellä (Kyytsönen ym. 2021), kun vuonna 2017 vain kaksi prosenttia väestöstä oli hyödyntänyt etävastaanottoa (ks. Hyppönen ym. 2017, 29–31). Puolet väestöstä (51 %) oli etsinyt tietoa alueensa sosiaali- tai terveyspalveluista digitaalisesti vuonna 2021, kun vuonna 2017 vastaava osuus oli 38 prosenttia. (Kyytsönen ym. 2022)

Väestökyselyn (2021) mukaan oman hoidon seuraamista ja terveyden edistämistä tukevaa Omakantaa käytti väestöstä kaksi kolmesta (64 %), digitaalista palvelukanavaa Omaoloa viidennes (21 %) ja erikoissairaanhoidon palveluportaalia Terveyskylää kuusi prosenttia väestöstä. Jotain kunnan tai alueen omaa palvelua (esimerkiksi Maisa, OmaTays, Virtu.fi) ilmoitti käyttävänsä 12 prosenttia ja työikäisistä työterveyshuollon palvelua (esimerkiksi OmaMehiläinen) kolmannes vastaajista (32 %). (Kyytsönen ym. 2021.)

Tulevilla hyvinvointialueilla otetaan käyttöön paraikaa erilaisia alueellisia mielenterveys- ja päihdepalvelujen digihoitopolkua. Niiden tavoitteena on matalan kynnyksen palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden lisääminen. Hoitopolkujen käyttäjämääristä on saatavilla tietoa vasta pistemäisesti ja palve-

luiden käyttöönotto on alueilla eri vaiheissa. Hoitopolkujen ohella on tarjolla myös erilaisia valmennuksia niin alueellisesti kuin kansallisesti. Omaolo.fi -sivustolta on saatavilla muun muassa Käypä hoito -suositukseen pohjaavia yksilövalmennuksia esimerkiksi alkoholinkäytön vähentämiseen ja unen laadun parantamiseen. Tämäkin palvelu on uusi ja sen käyttäjätilastointi oli raportin kirjoittamisen aikaan vasta kehitteillä.

Kansalainen voi löytää terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen liittyvää tukea useilta eri palvelualueilta. Yllä mainitut Omaolo ja Terveyskylä tarjoavat pääasiassa terveydenhuollon palveluita ja hyvinvoinnin tukea. Myös kansallisella Suomi.fi -sivustolla on tarjolla tietoa henkilölle, joka etsii tukea esimerkiksi päihteiden tai rahapelaamisen aiheuttamien haittojen hallintaan ja hoitoon. Ongelmana alkoholi, päihteet tai rahapelaaminen -oppaassa oli 1.9.2021-20.6.2022 hieman alle 20 000 kävijää. (Suomi.fin kävijäseuran ta Matomo.)

Samalla kun erilaisista teknologia-avusteisista palveluista on tullut ja on tulossa yhä merkittävämpi osa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa, on kiinnitettävä entistä tarkemmin huomiota eri asiakassegmenttien palveluiden saavutettavuuteen ja käytettävyyteen (esim. Kaihlainen ym. 2022; Virtanen ym. 2022). Tutkimusten mukaan esimerkiksi mielenterveyshäiriötä sairastavista ihmisistä he, jotka kokevat digitaalinsa riittämättömiksi, saattavat kokea digipalveluiden käytön haastavaksi. He myös suhtautuvat digipalveluihin yleensäkin kriittisemmin kuin muu väestö. (Rantanen ym. 2021.) Muun muassa käytännön toteutuksessa, käytettävyydessä, vuorovaikutuksellisuudessa ja asiakkaan digitaadoissa ilmenevät haasteet vaikuttavat palvelun saavutettavuuteen (Kaihlainen ym. 2021; Virtanen ym. 2021).

Yleisesti ottaen digipalveluihin suhtaudutaan myönteisesti (mm. Milne-Ives ym. 2020; Rogers ym. 2017; Kyytsönen ym. 2021) ja suomalaisistakin vajaa puolet (42 %) kokee, että teknologia-avusteiset palvelut auttavat ottamaan aktiivisen roolin oman terveyden ja hyvinvoinnin hoidossa. Silti jonkinasteisia sähköisen asioinnin esteitä tai sähköistä asiointia koskevia huolia koki väestökyselyssä neljä viidestä (79 %). Kokemuksissa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta vuoden 2017 ja 2020 välillä. Yleisin kokemus oli, että henkilökohtaista tapaamista ei voi täysin korvata sähköisellä yhteydenotolla (66 % väestöstä). (Kyytsönen ym. 2021.)

Erilaisten teknologia-avusteisten hoitojen vaikuttavuudesta

Erilaisia verkkovälitteisiä hoito-ohjelmia on ollut jo pitkään tarjolla muun muassa masennuksen ja ahdistuksen ehkäisyyn ja oireiden vähentämiseen sekä päihdehaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. Yksilötason vaikutuksiin pyrkivistä ohjelmista on näyttöä erityisesti masennuksen ja ahdistuksen ehkäisyssä ja hoidossa. Näyttöä on myös nikotiinituotteiden, alkoholin ja kannabiksen käytön vähentämisestä tai lopettamisesta. (Ks. esim. Saad ym. 2022; Taylor ym. 2019; Rogers ym. 2019; Boumbaris 2017.) Standardoidut ohjelmat ovat usein maksullisia, mikä voi vaikuttaa niiden käyttöönottoon.

Mobiilien hyvinvointi- ja terveyssovellusten käyttö lisääntyy koko ajan niin Suomessa kuin kansainvälisesti, ja ne kuuluvat tänä päivänä suosituimpien mobiilisovellusten joukkoon.

Pääosan sovelluksista ovat kehittäneet kaupalliset toimijat ja niiden käyttöön ja hyötyihin ladataan suuria odotuksia. Vaikka käyttäjät kokevatkin sovellusten käytön pääosin miellyttäväksi, kansainvälisissä tutkimuksissa ei ole vielä saatu esiin vahvaa näyttöä niiden pitkäaikaisesta vaikutuksesta käyttäytymiseen (Milne-Ives ym. 2020, Denecke ym. 2022, Saad ym. 2022).

Käyttöä edistävinä tekijöinä on kuitenkin tunnistettu ainakin seuraavia elementtejä:

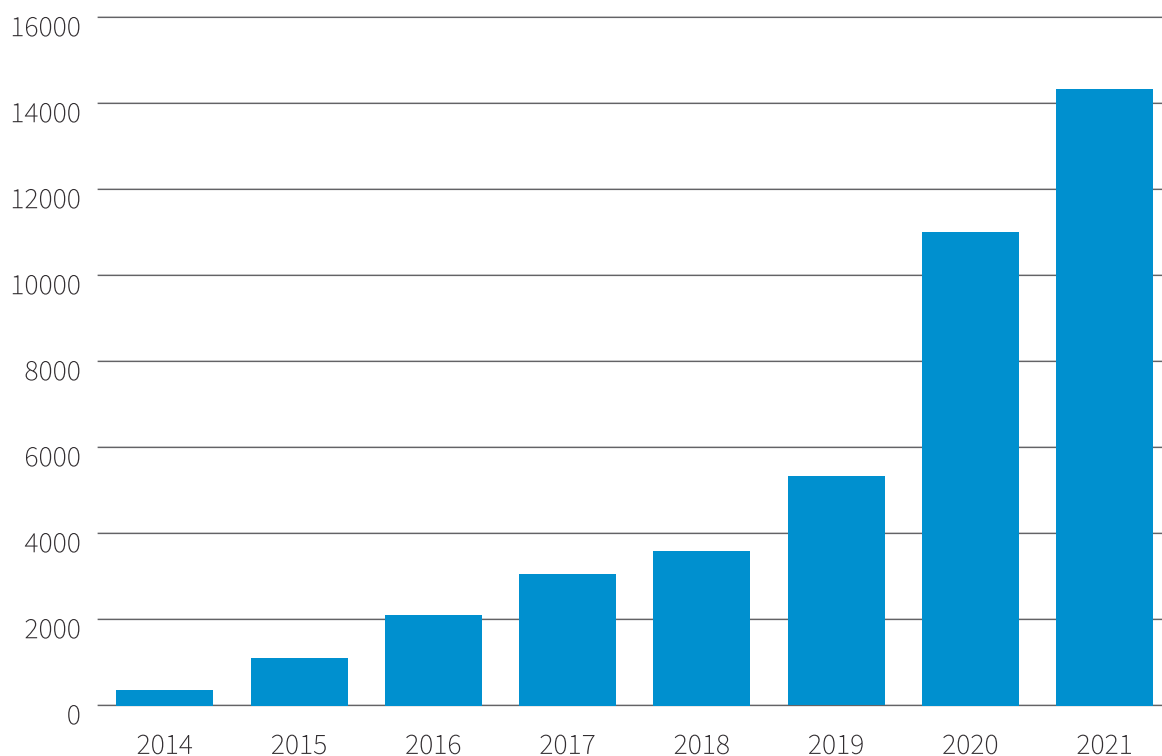
- Esimerkiksi käyttäytymisen havainnointiin tarkoitetuilla sovelluksilla voi olla paikka täydentämässä muuta hoitoa, jolloin käyttäytymisen muutoksesta tulee helpommin osa rutiinia, se jää pysyvämmäksi, ja samalla voidaan vähentää henkilöresurssin tarvetta (ks. esim. Ellis ym. 2019, Denecke ym. 2022).
- Henkilökohtainen kontakti sovelluksen käytön pohjaksi voi olla tärkeää käytön varmistamiseksi (Bernstein ym. 2022).

- Pelillisuus lisää pitkäaikaisemman käytön todennäköisyyttä (Denecke ym. 2022).
- Mahdollisuus muokata etenemistä esimerkiksi oman motivaation pohjalta lisää käytön ja sitä kautta terveyshyödyn todennäköisyyttä (Denecke ym. 2022).

Meillä Suomessa mobiilisovellusten vaikuttavuudesta on tehty vasta vähän vertaisarvioitua tutkimusta ja se on verraten tuoretta. Yksi pisimmälle päässeistä sovelluksista on masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon tarkoitettu, terapeutin antamaa hoitoa täydentävä Ascend -sovellus (Economides ym. 2019, Goldin ym. 2019). Sovelluksen kehittäminen on tapahtunut eri tutkijoiden ja yrityksen kansainvälisenä yhteistyönä, jolloin tuotteistaminen ja käytettävyys ovat olleet alusta asti mukana tavoitteissa. Yrityksellä on ollut tavoitteena myös kehittää vaikuttavuutta ja raportoida tulokset.

Varsinaisten sairauksien hoidossa tarvitaan erilaista lähestymistapaa ja menetelmiä kuin kriiseissä tai haittojen ehkäisyssä tai vähentämisessä. Muun muassa teknologiavälitteinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (”verkkoterapia”) näyttää olevan tehokas masennuksen ja ahdistuneisuuden, unettomuuden ja stressiin liittyvien oireiden hoidossa (Saad ym. 2022, Denecke ym. 2022). Verkkoterapia ei kuitenkaan näytä vähentävän esimerkiksi sairauspoissaoloja (Udd-Granat ym. 2022).

Verkkoterapian volyymin kasvu on ollut Suomessa viime vuosina merkittävä. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tarjoamaan, kansallisesti saatavilla olevaan verkkoterapiaan saapuneissa lähetemäärissä on nähtävissä merkittävä nousu (kuvio 1). Vuonna 2014 läheteitä oli reilu 350 kun vuonna 2021 niitä oli jo yli 14 000. Läheteistä hyväksytään 93 prosenttia. Terapiaohjelman käy läpi vaihteleva osuus, mutta parhaimmillaan se on ollut HUS:sta saadun tiedon mukaan jopa 73 prosenttia aloittaneista. Terapeutti tapaa noin kahdeksankertaisen määrän potilaita samalla resursilla verrattuna kasvokkain tapahtuvaan perinteiseen psykoterapiaan. Ulkokuntaläheteitä eli HUS:n ulkopuolelta tulevia läheteitä on 43 prosenttia. (Jan Stenberg, tiedonanto, kesäkuu 2022)



Kuvio 1. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin verkkoterapiaan saapuneiden läheteiden lukumäärä vuosina 2014–2021. Lähde: HUS tiedonanto, läheteseurantaraportin tieto.

Huomattavista käyttäjämääristä huolimatta tiedot Suomessa käytössä olevien verkkoterapioiden vaikuttavuudesta ovat vielä alustavia. Yksittäiset vertaisarvioidut julkaisut löytyvät toistaiseksi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja unettomuuden hoidon verkkoterapioista eikä kumpikaan ole satunnaistettu.

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoon Suomessa koostetusta verkkoterapiasta on raportoitu seurantatiedot kansainvälisesti vertaisarvioidussa julkaisussa (Ritola ym. 2022). Terapian kestoksi on suunniteltu 12 tapaamista. Keskimäärin potilaat osallistuivat 7,8 tapaamiseen yhteensä 12:sta, ja 44,1 prosenttia (485/1099) kävi läpi koko hoitajakson. Verrokkiryhmää ei ollut eli spontaanitoipumisen osuutta ei voida arvioida, mutta vaikutuskoko oli terapian läpikäyneillä suuri. Haasteena näyttää olleen soveltuvuus eri ryhmille, sillä todennäköisimmin terapian kävi kokonaan läpi yksityissektorilta tai työterveyshuollosta lähetetty potilas.

Unettomuuden hoitoon tarkoitettua seitsemän kerran verkkoterapian kävi kokonaan suurempi osuus kuin edellisestä: 2464:sta lähetetystä potilaasta 75,4 prosenttia kävi terapian loppuun (Stenberg ym. 2022). Terapian käyneistä 34 prosenttia toipui, mutta tutkimuksessa ei ollut verrokkiryhmää.

Pohdinta

Digitaalisten palveluiden määrä kasvaa Suomessa vauhdilla. Painopiste on ollut teknologia-avusteisuuden käytössä palveluohjauksessa ja saavutettavuuden parantamisessa. Myös kriisipalveluiden tarjoamisessa erilaiset teknologiset ratkaisut ovat monipuolistaneet tarjontaa.

Uudet teknologia-avusteiset palvelut vaativat asiakkailta muun muassa digiosaamista, itseohjautuvuutta sekä kykyä tulkita ja hyödyntää eritasoista tietoa. Ne vaativat myös soveltuvia välineitä ja verkko-yhteyksiä.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin voi liittyä muuta väestöä enemmän digilukutaidottomuutta tai rajoitettua välineistöä digipalveluiden käyttöön. Myös sairaus voi aiheuttaa erityisvaatimuksia digipalveluiden käytettävyydelle. Jos digipalveluiden kehittämisessä ei huomioida esimerkiksi ikääntyneitä, maahanmuuttajia tai ihmisiä, joilla on mielenterveysongelmia, on vaarana, että ne lisäävät digitaalista ja sosiaalista syrjäytymistä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevissa ryhmissä (mm. Virtanen ym. 2022).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoon olisi kansainvälisesti kehitettyjä hoidon ja kuntoutuksen teknologia-avusteisia ratkaisuita, jotka voisivat nykyistä useammin täydentää muuta hoitoa eli varsinaista mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisältöä ja saatavuutta. Näiden käyttö on Suomessa kuitenkin vielä kokeiluasteella. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa ehkäisyyn ja hoitoon soveltuvissa teknologia-avusteisissa palveluissa ja sovelluksissa pätevät samat käytettävyyden ja vaikuttavuuden vaatimukset kuin muussakin digikehittämisessä. Käyttäjien osallisuus kehittämisen alusta asti lisää todennäköisyyttä onnistumiseen.

Digilukutaidottomuuden ei tarvitse kuitenkaan estää sovellusten kehittämistä. Esimerkiksi The World of Recovery -puhelinsovelluksen kehittäjä Venla Leimu toteaa, että kokemusasiatuntijoiden kanssa suunniteltu palvelu, jonka käyttöä tuetaan osana kuntoutustoimia, voi samalla lisätä kohderyhmän digitaitoja (Venla Leimu, tiedonanto, elokuu 2022).

Vaikka useat tutkimukset ovat osoittaneet teknologia-avusteisten palveluiden ja menetelmien vaikutuksia nimenomaan kontrolloiduissa olosuhteissa, myös kriittisyys on viime vuosina lisääntynyt. Kriittikki kohdistuu muun muassa palveluiden ja sovellusten käyttöikäen ja vaikuttavuuden näytön haasteisiin (esim. Saad ym. 2022). Tutkimukset kertovat harvoin siitä, miten palveluita tulisi parantaa tai miten ne voisi paremmin implementoida terveydenhuoltojärjestelmään (Ellis ym. 2019). Myös digipalveluiden kehittämisen ja käyttöönoton hinta on havaittu suureksi (Michaud ym. 2022). Palvelun integroiminen hoitoon ja tietojärjestelmiin vie resursseja, ylläpito maksaa ja digipalveluiden käytössä voidaan lisäksi tarvita ammattilaisia, jotka tarvittaessa avustavat ja antavat palautetta.

Laadukkaan ja vaikuttavan palvelun ja hoidon kehittämistyö vaatii myös aikaa. Jotta esimerkiksi terveys- tai hyvinvointisovelluksen tietojen tarkasteluun ja mallinnusten luomiseen voisi käyttää teko-

älyä ja sovellus olisi tietoturvallinen, sen kehittäminen voi viedä pari vuotta, pilotointi vaadittavine käytettävyyssuokkauksineen vuoden, laajamittainen käyttöönotto valmisteluineen ja tietojen kerääminen yleensä vähintään sadoilta käyttäjiltä usein parikin vuotta (Michaud ym. 2022).

Tarve sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hillitsemiseen asettaa kuitenkin suuria paineita teknologia-avusteisten palveluiden ja hoitojen kehittämiseksi ja integroimiselle palvelujärjestelmään. Kyytsösen ym. (2021, 61–62) mukaan tulevaisuuden haasteeksi voi muodostua se, miten vastataan paineeseen lisätä teknologia-avusteisten palveluiden ja hoitomuotojen tarjontaa samalla, kun huolehditaan siitä, että niiden kehittämisessä huomioidaan erilaiset käyttäjäryhmät. Miten kehitetään niin hyviä ja laadukkaita sähköisiä palveluita, että niitä voidaan ja halutaan käyttää ensisijaisesti tai täydentämässä muita hoitomuotoja?

Kansallisella tasolla on tärkeää vertailla eri hoitomuotojen, mukaan lukien teknologia-avusteisten hoitojen tehoa samoihin ongelmiin. Tämä edellyttää vertailtavien mittareiden käyttöä esimerkiksi masennuksen tai toimintakyvyn mittaamisessa. Samoin avoimet algoritmit esimerkiksi unen mittaamisessa ovat tärkeitä luotettavuuden varmistamiseksi. Tarvitaan tutkimusta, jossa tarkastellaan palveluiden ja sovellusten kehittämisen lisäksi monipuolisesti käyttöönoton onnistumista, vaikuttavuutta ja kustannusvaikutuksia.

Viitteet

- Bernstein EE., Weingarden H., Wolfe EC., Hall MD., Snorrason I., Wilhelm S. (2022). [Human Support in App-Based Cognitive Behavioral Therapies for Emotional Disorders: Scoping Review](#). *J Med Internet Res*. 2022 Apr 8;24(4):e33307. doi: 10.2196/33307.
- Boumparis N., Karyotaki E., Schaub P., Cujpers P., Riper H. (2017). [Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis](#). *Addiction* 112, 1521–1532. doi:10.1111/add.13819
- Denecke K., Schmid N., Nüssli S. (2022). [Implementation of Cognitive Behavioral Therapy in e-Mental Health Apps: Literature Review](#). *J Med Internet Res*. 2022 Mar 10;24(3):e27791. doi: 10.2196/27791.
- Economides M., Ranta K., Nazander A., Hilgert O., Goldin PR., Raevuori A., Forman-Hoffman V. (2019). [Long-Term Outcomes of a Therapist-Supported, Smartphone-Based Intervention for Elevated Symptoms of Depression and Anxiety: Quasiexperimental, Pre-Postintervention Study](#) *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(8):e14284. doi: 10.2196/14284
- Ellis A., Augustsson H., Grodahl A., Pomare C., Churrua K., Long J., Ludlow K., Zuryski Y., Braithwaite J. (2019). [Implementation of e-mental health for depression and anxiety: A critical scoping review](#). *Community Psychol*. 2020; 48:904–920. DOI: 10.1002/jcop.22309
- Goldin PR., Lindholm R., Ranta K., Hilgert O., Helteenvuori T., Raevuori A. (2019). [Feasibility of a Therapist-Supported, Mobile Phone-Delivered Online Intervention for Depression: Longitudinal Observational Study](#). *JMIR Form Res*. 2019 Jan 22;3(1):e11509. doi: 10.2196/11509.
- Hyppönen, H., Pentala-Nikulainen, O., & Aalto, A. (2018). [Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017: Kansalaisten kokemukset ja tarpeet](#). Raportti 3/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kaihlanen A., Virtanen L., Buchert U., Safarov N., Valkonen P., Hietapakka L., Hörhammer I., Kujala S., Kouvonen A., Heponiemi T. (2022). [Towards digital health equity - a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era](#). *BMC Health Services Research* (2022) 22:188. doi: 10.1186/s12913-022-07584-4
- Kaihlanen A., Virtanen L., Valkonen P., Kilpinen J., Hietapakka L., Buchert U., Hörhammer I., Isola A-M., Laukka E., Kouvonen A., Kujala S., Heponiemi T. (2021). [Haaivoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä – kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kyytsösen M., Aalto A-M., Vehko T. (2021). [Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021](#). Väestön kokemukset. THL Raportti 7/2021.
- Leimu Venla, the World of Recovery -puhelinsovelluksen kehittäjä, Lilinkotisäätiö, suullinen tiedonanto 23.8.2022.
- Michaud TL., Pereira E., Porter G., Golden C., Hill J., Kim J., Wang H., Schmidt C., Estabrooks PA. (2022). [Scoping review of costs of implementation strategies in community, public health and healthcare settings](#). *BMJ Open*. 2022 Jun 28;12(6):e060785. doi: 10.1136/bmjopen-2022-060785.
- Milne-Ives, M., Lam, C., De Cock, C., Van Velthoven, M. H., & Meinert, E. (2020). [Mobile apps for health behavior change in physical activity, diet, drug and alcohol use, and mental health: Systematic review](#). *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(3), e17046. doi:10.2196/17046
- Rantanen, T., Gluschkoff, K., Silvennoinen, P. & Heponiemi, T. (2021). [The Associations Between Mental Health Problems and Attitudes Toward Web-Based Health and Social Care Services: Evidence From a Finnish Population-Based Study](#). *Journal of Medical Internet Research*, 23(9): e28066. DOI: 10.2196/28066
- Rissanen P., Parhiala K., Kestilä L., Härmä V., Honkatukia J., Jormanainen V. (2020). [COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Nopea vaikutusarvio](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Ritola V., Lipsanen JO., Pihlaja S., Gummerus EM., Stenberg JH., Saarni S., Joffe G. (2022). [Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Nationwide Routine Care: Effectiveness Study](#). J Med Internet Res. 2022 Mar 24;24(3):e29384. doi: 10.2196/29384.
- Rogers MA., Lemmen K., Kramer R., Mann J., Chopra V. (2017). [Internet-Delivered Health Interventions That Work](#). Systematic Review of Meta-Analyses and Evaluation of Website Availability. J Med Internet Res. 2017 Mar 24;19(3):e90. doi: 10.2196/jmir.7111.
- Saad A, Bruno D, Camara B, D'Agostino J, Bolea-Alamanac B. [Self-directed Technology-Based Therapeutic Methods for Adult Patients Receiving Mental Health Services: Systematic Review](#). JMIR Ment Health. 2021 Nov 26;8(11):e27404. doi: 10.2196/27404.
- STM 2016. [Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena](#). Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Julkaisuja 5/2016.
- [Stenberg Jan-Henry, linjajohtaja, IT-psykiatrian ja psykososiaalisten hoitojen linja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, sähköinen tiedonanto 23.6.2022.](#)
- Stenberg JH, Ritola V., Joffe G., Saarni S., Rosenström T. (2022). [Effectiveness of mobile delivered therapist assisted cognitive behavioral therapy for insomnia in nationwide routine clinical care in Finland](#). J Clin Sleep Med. 2022 Aug 5. doi: 10.5664/jcsm.10186.
- Taylor G., Dalili M., Semwal M., Cviljak M., Sheikh A., Car J. (2019). [Internet-based interventions for smoking cessation](#). Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 04;9:CD007078. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub5
- Udd-Granat L., Lahti J., Donnelly M., Treanor C., Pirkola S., Lallukka T., Kouvonen A. (2022). [Internet-delivered cognitive behavioral therapy \(iCBT\) for common mental disorders and subsequent sickness absence: a systematic review and meta-analysis](#). Scandinavian Journal of Public Health, 1–11. doi:10.1177/14034948221075016
- Virtanen L., Kaihlainen A.-M., Isola A.-M., Laukka E., Heponiemi T. (2021). [Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus](#). Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 58(3). doi: 10.23990/sa.107405.
- Virtanen L., Kaihlainen A.-M., Kouvonen A., Safarov N., Laukka E., Valkonen P., Heponiemi T. (2022). [Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi: 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi](#). Päätösten tueksi 1/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

5.4 Järjestöjen toiminta ja niiden tuottamat palvelut

Teija Strand

Kuntien, hyvinvointialueiden ja järjestöjen yhteistyön lakipohjasta

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021, 6§ ja 7§) linjaa, että kunnan ja hyvinvointialueen on edistettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi hyvinvointialueen asukkaiden ohjaamista järjestöjen toiminnan piiriin, asiantuntija-avun antamista, toimitilan luovuttamista järjestöjen käyttöön ja hyvinvointialueen harkinnan mukaan järjestöavustusten myöntämistä.

Uudessa sosiaalihuoltolaissa (HE /197/2022, 7 a §) linjataan, että yhteisösosiaalityötä toteutetaan yhteistyössä alueen asukkaiden, kuntien, järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Osana yhteisösosiaalityötä tai muita sosiaalipalveluita tulee järjestää myös syrjäytymistä vähentävää etsivää työtä. Sosiaali- ja terveysvaliokunta toteaa antamassaan mietinnössä mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän päihdetyön pykälien (sosiaalihuoltolain 7 b § ja terveydenhuoltolain 20 §) osalta erikseen, että mielenterveyden edistämisessä ja ehkäisevässä päihdetyössä on tärkeää tehdä yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa.

Järjestökentän volyyymi ja suomalaisten järjestöaktiivisuus

Suomessa on monipuolinen ja vahva järjestökenttä. Toiminta sisältää niin yhteisöllisyyteen ja vapaaehtoisuuteen perustuvaa toimintaa ja yleishyödyllisiä palveluita kuin järjestöjen markkinoille tuottamia ja järjestölähtöisten yritysten markkinaehtoisesti tuottamia palveluita.

Patentti- ja rekisterihallituksen yhdistysrekisterin tietojen mukaan Suomessa on noin 10 000 sosiaali- ja terveysalan järjestöä – ja säätiörekisterissä reilut 500 sosiaali- ja terveysalan säätiötä. Järjestöissä on 1,3 miljoonaa jäsentä ja niiden toimintaan osallistuu 0,5 miljoonaa vapaaehtoista ja 260 000 vertaista. Järjestöt työllistävät kymmeniä tuhansia alan ammattilaisia. (SOSTE 2022; ks. myös Haikari 2021.)

Marraskuussa 2020 Valviran ja aluehallintovirastojen yhteiseen Valveri-rekisteriin oli rekisteröitynyt 869 järjestömuotoista sosiaali-, varhaiskasvatus- ja terveyspalvelujen tuottajaa¹. Tuottajien lukumäärä ei kuitenkaan vielä kerro järjestöjen eri palvelumuotojen todellista volyymia ja merkitystä suhteessa julkisen sektorin tai yritysten tuottamiin palveluihin. Tätä erittelyä varten tarvittavia tietoja palvelujen asiakas- ja suoritemääristä ei ole saatavilla. Määrä antaa kuitenkin viitteen palvelutoiminnan kokoluokasta. (Peltosalmi 2021, 5.)

Suomalaisten osallistumista järjestötoimintaan on selvitetty muun muassa ATH-tiedonkeruissa. Aineiston mukaan 20 vuotta täyttäneistä suomalaista 17 prosenttia on osallistunut nimenomaan sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan (Ilomäki ym. 2016, 6). Neljännes (25 %) suomalaisista on osallistunut aktiivisesti ylipäättään johonkin kolmannen sektorin tarjoamaan toimintaan, kuten jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen tai harrastusryhmän toimintaan (Parikka ym. 2020).

Järjestöjen toiminnan volyymista, sisällöistä ja tuloksista

Järjestöjen toimintaa voidaan tarkastella esimerkiksi Niemelän ja Auvisen (2021) esittämän kolmen toimijuuden avulla: 1) palvelutuotantotoimija, 2) osallisuutta, yhteisöllisyyttä ja vertaisuutta tuottava kansalaisyhteiskuntatoimija ja 3) edustamiensa tahojen asianajajana toimija. Näin toimintakenttä ulottuu mielenterveyden edistämisestä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Jotta toiminnan laajuus hahmottuisi paremmin, alla eritellään esimerkinomaisesti järjestöjen toimintaa tämä luokittelu huomioiden.

Taulukossa 1 on eritelty joitakin Valveri-rekisteristä saatavia järjestömuotoisten tuottajien luvanvaraisia, ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja ja ilmoituksenvaraisia, ei-ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja ja niitä tarjoavien järjestöjen ja niiden toimintayksiköiden lukumäärä. Järjestömuotoisesti tuotetut sosiaali-, varhaiskasvatus- ja terveyspalvelut tarkoittavat tässä rekisteröityjen yhdistysten ja säätiöiden itse tuottamia palveluja. Järjestöjen yhtiöittämät palvelut eivät sisälly lukuihin, sillä ne tilastoituvat Valveri-rekisteritiedoissa yritysten palvelutuotannoksi.

¹Valvira ja aluehallintovirastot ylläpitävät Valveri-rekisteriä yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottajista ja itsenäisistä ammatinharjoittajista. Rekisterin palvelujen määrittely ja luokitus noudattaa lakiin yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990, 10 § ja lakiin yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011, 16 § kirjattuja määritelmiä. Järjestömuotoisesti tuotetut sosiaali- varhaiskasvatus- ja terveyspalvelut tarkoittavat tässä rekisteröityjen yhdistysten ja säätiöiden itse tuottamia palveluja. Järjestöjen yhtiöittämät palvelut eivät sisälly lukuihin, sillä ne tilastoituvat Valveri-rekisteritiedoissa yritysten palvelutuotannoksi.

Taulukko 1. Esimerkki järjestömuotoisten tuottajien eri palvelumuotoja tarjoavien järjestöjen ja toimintayksiköiden määrästä Valveri-rekisterissä vuonna 2020 (Lähde: Peltosalmi 2021).

Palvelu*	Kohderyhmä	Järjestöt lkm	Toimintayksiköiden lkm	Järjestöm. tuottajien %-osuus
Järjestömuotoisten tuottajien luvanvaraiset, ympärivuorokautiset, sosiaalipalvelut				
Tehostettu palveluasuminen	Mielenterveyskuntoutujat	18	28	11
	Päihdekuntoutujat	5	6	11
Muu palveluasuminen	Mielenterveyskuntoutujat	5	5	21
	Päihdekuntoutujat	3	3	50
Järjestömuotoisten tuottajien ilmoituksenvaraiset, ei-ympärivuorokautiset, sosiaalipalvelut				
Tukiasuminen	Mielenterveyskuntoutujat	36	75	18
	Päihdekuntoutujat	42	67	39
Palveluasuminen	Mielenterveyskuntoutujat	25	40	19
	Päihdekuntoutujat	10	15	20
Muu asumispalvelu	Mielenterveyskuntoutujat	3	5	30
	Päihdekuntoutujat	3	3	50
Kuntouttava työtoiminta	Lakisääteinen	67	89	86
Päiväkeskus/ palvelukeskus	Mielenterveyskuntoutujat	27	32	60
	Päihdekuntoutujat	27	31	87
	Vanhukset	33	43	58
Päiväpalvelut	Mielenterveyskuntoutujat	23	35	31
	Päihdekuntoutujat	16	25	46
	Vanhukset	49	54	33
Työ- ja toimintakeskus	Mielenterveyskuntoutujat	50	76	60
	Nuoret	11	14	85
	Päihdekuntoutujat	24	33	67

* Järjestö voi tuottaa useampaan luokkaan kuuluvaa palvelua. Taulukko sisältää vain sellaiset palvelumuotojen ja asiakasryhmien yhdistelmät, joita käsitteviä palveluja järjestömuotoisilla tuottajilla rekisterin mukaan oli. Tässä taulukossa on vain osa palvelumuodoista.

Peltosalmen (2021) selvityksen mukaan päivätoiminta on palvelumuotona suurin järjestömuotoisten sosiaali- ja varhaiskasvatuspalvelujen ryhmä. Järjestömuotoisten tuottajien osuus oli lähes puolet (46 %) kaikista yksityisistä päivätoimintapalvelujen tuottajista. Osuus oli erityisen suuri päihdekuntoutujien päivä-/palvelukeskuksissa (87 %), kuntouttavassa työtoiminnassa (86 %), työ- ja toimintakeskuksissa (67 %), mielenterveyskuntoutujien päivä-/palvelukeskuksissa (60 %) sekä työ- ja toimintakeskuksissa (60 %). (Peltosalmi 2021) Päihteidenkäyttäjille suunnatun päiväkeskuspalvelun säätäminen hyvinvointialueen järjestämistä vastuulle voi aiheuttaa muutoksia niiden järjestöjen toimintaan, jotka ovat tuottaneet palvelua aikaisemmin Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen (STEA) rahoituksella. (HE 197/2022, 90.)

STEAn järjestöavustukset jakaantuivat vuoden 2020 tuloksellisuuskatsauksessa² seitsemään luokkaan: neuvonta (12 %), muut toimintamuodot (10 %), yksilöllinen tuki (7 %), ryhmätoiminta (3 %), kohtaamispaikat (1 %) ja koulutus (1 %). Lisäksi STEA rahoittaa järjestöjen perustoimintaa, kuten hallintoa, viestintää ja edunvalvontaa (66 %). (STEA 2021a.) Päihde- ja riippuvuusjärjestöjen avustetun toiminnan erityistarkastelussa yksilöllinen tuki ja matalan kynnyksen kohtaamispaikkojen toiminta nousivat yleisimmiksi toimintomuodoiksi. Myös jalkautuva työ oli merkittävässä roolissa. (STEA 2021b.)

Järjestöt itse näkevät keskeisimpänä hyvinvointia ja terveyttä edistävänä toimintanaan usein nimenomaan vertaistukitoiminnan. Lisäksi varsinkin paikallisyhdistyksillä korostuvat liikunta- ja muut ryhmät sekä kerhot ja virkistystoiminta. Alueellisilla ja valtakunnallisilla järjestöillä painottuvat myös tiedon kokoaminen ja jakaminen sekä neuvonta ja ohjaus. (Eronen ja Londén 2022, 107.) Esimerkiksi STEA-avustuksilla oli järjestetty vuonna 2020 erilaista ryhmätoimintaa 48 464 ryhmässä ja raportoituja kohtaamisia oli kaikkiaan miltei 1,7 miljoonaa. Yksilöllisen tuen toiminnoissa kohtaamisia oli raportoitu lähes 1,6 miljoonaa ja kohtaamispaikoissa yli 1,5 miljoonaa. (STEA 2021a.)

Tuloksellisuuden osoittaminen järjestöjen edistävässä ja ehkäisevässä toiminnassa sekä vaikuttamistoiminnassa on tunnistettu yhdeksi kehittämiskohteeksi (STEA 2021a). Päihde- ja riippuvuusjärjestöjen kohtaamispaikkojen toiminnalla, ryhmätoiminnalla ja yksilöllisen tuen toiminnoilla on kuitenkin aikaansaatu myös todennettuja muutoksia toiminnan kohderyhmän hyvinvoinnissa (STEA 2021b). Onkin huolestuttavaa, että Sosiaalibarometrin 2022 kaikkia vastaajaryhmiä (järjestöt, sote-johto, yhteiskoordinaattorit) huolestutti päihde- ja mielenterveyskuntoutujille suunnatun ehkäisevän työn jatko hyvinvointialueiden käynnistyessä (Eronen & Londén 2022).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tuoreesta asiakaspalautekyselystä selviää, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaille ja potilaille kannattaisi tarjota aktiivisemmin tietoa järjestöjen tarjoamasta vertaistuki- ja arkeen tukea antavasta toiminnasta (Viertio ym. 2022). Paitsi, että järjestöt itse pitävät tätä toimintaa tärkeänä ja sillä on todennettuja vaikutuksia, niin tutkimusten mukaan ihmiset, joilla on päihde- tai mielenterveysongelmia, etsivät järjestöistä usein nimenomaan vertaistukea ja arjen apua (Pitkänen & Tourunen 2016).

Pohdintaa

Tällä hetkellä järjestöjen palvelutoiminnasta saatava kansallinen rekisteritieto on aukkoista ja se vaatii eritasoisista manuaalisesti tehtävää käsittelyä palveluntuottajien ja palvelumuotojen nippuluokittelun vuoksi. Alueellisesti palveluista saatava tieto on pistemäistä. Valtionavustuksilla rahoitetusta toiminnasta saatava kansallisen tason tieto on puolestaan avustuksen myöntäjän oman arviointisabluunan mukaista. Kuntien myöntämistä järjestöavustuksista ei saada kansallisesti kattavaa tietoa. Järjestötietoa on toki saatavilla, mutta se on mosaiikkimaista eikä näin palvele parhaalla tavalla tietotarpeita. (Niemelä & Auvinen 2021; Haikari 2020.)

²Tuloksellisuuskatsaus tehtiin tässä muodossa ensimmäistä kertaa. Yleiskatsauksen lisäksi STEA teki tarkempia katsauksia joistakin järjestökokonaisuuksista. Mielenterveysjärjestöistä sellainen tehdään vuonna 2023. STEAn oma selvitys COVID-19-epidemian vaikutuksista oli raportin kirjoittamisen aikaan tekeillä.

Järjestöjen mielenterveys- ja päihdetyö on merkittävä osa kuntien ja hyvinvointialueiden toimintaa ja palvelukokonaisuuksia. THL:n toteuttamasta päihde- ja riippuvuuspalveluiden kuntakyselystä (2022) selviää, että päihde- ja riippuvuuspalveluiden ja että julkisten palveluiden ja järjestöjen yhteistyö on monilla alueilla tiivistä ja monipuolista. Joillain alueilla yhteistyö kuitenkin pelkistyy palvelujen osittamiseen, ja osa alueista kertoi, ettei yhteistyötä järjestöjen kanssa ole. (Kuntakysely 2022) Meillä ei ole riittävästi tietoa siitä, kuinka suuren palveluntarpeen esimerkiksi päihde- ja mielenterveysjärjestöt kattavat omalla toiminnallaan.

Tällä hetkellä järjestöt ovat huolissaan siitä, missä määrin kunnat ja hyvinvointialueet ostavat niiden palveluita tulevaisuudessa ja miten tuoreet hyvinvointialueet huolehtivat esimerkiksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujien, ikääntyneiden ja paljon erilaisia sosiaalipalveluja tarvitsevien ihmisten palveluntarpeista. Jos muun muassa vertaistoimintaa tai arjen tukea tarjoavien järjestöjen toiminnan jatkuvuus vaarantuu, supistuuko keskeinen palvelutarjonta? (ks. Eronen & Londén 2022)

Niemelä ja Auvinen (2021, 63) esittävät, että sosiaali- ja terveysjärjestöjen nykyinen rahoituskulttuuri on pahimmillaan saattanut ylläpitää alueellisten toimijoiden kilpailua osallistujista. Uusikylä (2022, 18) puolestaan toteaa, että samalla kun järjestörahoituksen ohjelma- ja projektimallin yksi keskeisimmistä vahvuuksista on ollut läpinäkyvyyden ja toiminnan tavoitteellisuuden lisääntyminen, sen riski voi olla toiminnan kaventuminen.

Yhteiskunnalliset tarpeet kuitenkin muuttuvat joskus nopeastikin, ja myös valtionavustustoiminnassa korostetaan jatkossa yhä enemmän yhteiskunnallisen tarpeen analysointia ja vaikutusten arviointia (Lehtonen ym. 2022; myös STEA 2021a). STEA (2021a) aikoo kiinnittää muun muassa päihde- ja riippuvuusjärjestöjen tuloksellisuusarvioinneissa jatkossa huomiota myös siihen, miten järjestöjen ja julkisen sektorin välisten yhteistyökumppanuuksien määrä ja yhteistyömuodot kehittyvät, miten asiakkaita ohjataan, ja miten asiakkaat pääsevät julkiselta sektorilta järjestöjen toimintaan ja järjestöjen toiminnasta julkiselle sektorille.

Koronapandemia kiihdytti digitalisaatiota järjestöissä aivan niin kuin muillakin yhteiskunnan alueilla. Digitalisaatio ja tietotuotannon kehittyminen luovat uudenlaisia mahdollisuuksia ja on jopa ehdotettu, että järjestöjen rahoitusta tulisi suunnata systemaattisemmin teknologia-avusteisten palveluiden kehittämiseen (ks. Niemelä & Auvinen 2021, 84). Kuva teknologia-avusteisten palveluiden ja mobiilisovellusten mahdollisuuksista ja rajoituksista on meillä kuitenkin vasta rakentumassa (ks. luku 5.3.) ja tällä hetkellä järjestöjen digipalveluissa syntyvä tieto ei vielä kerääntynyt yhteisesti hyödynnettäväksi.

Tulevaisuudessa on ensiarvoisen tärkeää, että järjestöt tuottavat (ja voivat tuottaa) ja tarjoavat asiakas- ja kokemustietoa paitsi kunnan ja hyvinvointialueen myös kansallisen tason tietojohdamisen tueksi. Tämä mahdollistaa myös palvelujärjestelmän kokonaisuuden tarkastelun, arvioinnin ja kehittämisen sekä palveluntarpeen ja palveluiden laadun arvioimisen. Järjestöjen toiminnan ja palveluiden soisi tulevan näkyväksi ja tunnustetuksi myös niiden erityisen luonteen vuoksi: kolmas sektori reagoi nopeasti esimerkiksi koronapandemiassa, on vastannut pitkälti esimerkiksi ukrainalaisten kriisiavusta ja pitää yllä keskustelua nuorten pahoinvoinnista.

Viitteet

- Eronen Anne ja Londén Pia (2022). [Sosiaalibarometri 2022](#). SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- Haikari, Janne (2021). [Sosiaali- ja terveysalan säätiöt Suomessa](#). Järjestö 2.0 – Järjestöt mukana muutoksessa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki
- Haikari, Janne. (2020). [Järjestötieto SOTE-uudistuksessa](#). Tarpeet, tietovarannot ja tiedontuotannon kehittämisen suuntaviivat. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.
- HE 197/2022 vp: [Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi](#)
- Ilomäki T., Rinne H., Parkkinen M., Shemeikka R. (2016). [Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus ATH-tutkimuksen tuloksia](#). Työpäpaperi 38/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lehtonen M., Walldén J. ja Harjumaa M. (2022). Kohti vaikuttavampaa valtionavustustoimintaa. Teoksessa Mäkipää E. ja Aalto-Kallio M. (toim.): [Muutoksen tiet kietoutuvat yhteen](#). SOSTEn julkaisuja 2/2022. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys

ry, Helsinki.

[Mielenterveysbarometri 2021](#). Mielenterveyden keskusliitto.

Niemelä Jukka ja Auvinen Terhi (2021). [Järjestötieto hyvinvointialueiden tietojohdamisessa](#). Selvityshenkilöiden raportti kansalaisyhteiskunnasta saatavan tiedon hyödyntämisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 37/2021. Helsinki.

Parikka S., Koskela T., Ikonen J., Kilpeläinen H., Hedman L., Koskinen S., & Lounamaa A. (2020). [Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020](#). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Peltosalmi Juha (2021). [Järjestömuotoisten tuottajien sosiaali-, varhaiskasvatus- ja terveyspalvelut vuonna 2020](#). SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Helsinki.

Pitkänen Tuuli ja Tourunen Jukka (2016). [Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintoihin osallistuneiden kansalaisten hyvinvointi kahden kyselytutkimuksen perusteella](#). Teoksessa Murto J ja Pentala O. (toim.) Osallistuminen, hyvinvointi ja sosiaalinen osallisuus – ATH-tutkimuksen tuloksia Järjestökentän tutkimusohjelma, Työpapereita 38/2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

SOTE 2022. [Sosiaali- ja terveysjärjestöt Suomessa](#). Saatavilla verkossa: <https://www.soste.fi/sote-jarjestot/sosiaali-ja-terveysjarjestot-suomessa/>

STEa 2021a. [Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen tuloksellisuuskatsaus 2020](#).

STEa 2021b. [Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksen tuloksellisuuskatsaus 2020 päihde- ja riippuvuusjärjestöjen järjestökokonaisuudesta](#).

Uusikylä Petri (2022). Järjestöt systeemisen muutoksen mahdollistajina. Teoksessa Mäkipää E ja Aalto-Kallio M (toim.): [Muutoksen tiet kietoutuvat yhteen](#). SOSTEn julkaisuja 2/2022. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Helsinki.

Viertö S., Laitinen A-M., Kuussaari K., Partanen A., Grainger M., Therman S., Heiskanen M., Suvisaari J. (2022) [Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa: suunnittelu, toteutus ja tulokset](#). Raportti 8/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla osoitteesta julkari.fi

6 PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN JA KANSALLINEN KEHITTÄMINEN

6.1 Perustason mielenterveyspalveluiden rakenteellinen uudistus

Anu Vähäniemi ja Outi Linnaranta

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan palveluita ja toimintoja, joilla pyritään ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Palveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Jatkossa mielenterveyspalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa erillisen lain sijaan (HE 197/2022; VN/23566/2021). Uusi lainsäädäntö astuu voimaan 1.1.2023.

Mielenterveyspalvelujärjestelmän toiminnan suunnittelu ja toimintojen työnjako perus- ja erityistason välillä on ohjeistettu suosituksessa Yhtenäiset perusteet kiireettömälle hoidolle, joka päivitettiin viimeksi alkuvuodesta 2019.

Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan terveysasemien lääkäri- tai hoitajavastaanottoja sekä terveysasemilla toimivia mielenterveystyön ammattilaisia tai mielenterveys- ja päihdetyön tiimejä. Muita perusterveydenhuoltoon verrattavia perustason palveluja aikuisille tarjoavat muun muassa opiskeluhoollon palvelut, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS) sekä julkinen tai yksityinen työterveyshuolto.

Perusterveydenhuollolla on tavallisimpien mielenterveys- ja päihdeoireiden ja häiriöiden ensisijainen hoitovastuu erityistason tukemana. Tällaisia tilanteita ovat erimerkiksi ajankohtainen kuormittuminen, johon liittyy psyykkisiä oireita, elämäntilanteisiin liittyvät kriisit, lievät häiriöt, komplisoitumatomat häiriöt ja vakaassa vaiheessa olevat mielenterveyden häiriöt. Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluvat myös potilaiden perheenjäsenten, omaisten ja läheisten mielenterveyden tukeminen sekä ehkäisevän ja varhaisen hoidon kohdennetut menetelmät.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarvetta tunnistetaan myös muissa perustason toiminnoissa, kuten työttömien terveystarkastuksissa tai armeijan kutsuntatarkastuksissa sekä erilaisissa matalan kynnyksen palveluissa. Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeen tunnistamista tapahtuu muun ohella kotihoidossa sekä vastaavasti matalan kynnyksen palveluissa, kuten kohtauspaikoissa. Joissain sairaanhoitopiireissä erikoislääkärijohtoiset avohoidon mielenterveyspalvelut ovat osittain tai kokonaan integroitu osaksi perusterveydenhuoltoa.

Matalan kynnyksen palvelut ovat perustasolla tarjottavia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä järjestöjen tarjoamia palveluita, joihin ei tarvita lähetettä tai olemassa olevaa asiakkuutta. Palveluun voi liittyä hoidon/palvelun tarpeen arviointi, joka voi tapahtua digitaalisesti. Asiakas voi esimerkiksi itse tehdä 24/7 oma-arvioinnin sähköisen arviointiportaalin tai omahoitosivustojen kautta. Arviointi voi myös tapahtua matalan kynnyksen vastaanotoilla, joissa terveydenhuollon ammattilainen voi antaa myös ohjausta ja neuvontaa.

Matalan kynnyksen tukea on saatavissa myös toimintakeskuksissa ja esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien avoimissa ryhmissä, eli paikoissa, joihin voi mennä ilman ajanvarausta ja joissa on mahdollista tavata henkilökuntaa, saada vertaistukea sekä kokonaisvaltaista tukea arjen hallintaan.

Psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on ensisijainen hoitovastuu, kun potilaan oireet ovat vaikeita tai tila ei korjaudu odotetusti, potilaalla on useita samanaikaisia arviointia ja hoitoa vaativia mielenterveyden häiriöitä, potilaan työ- tai toimintakyky on vakavasti heikentynyt tai potilas on itsemurhavaa-

rassa. Hoidon porrastuksen tukemiseksi erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyöstä, konsultaatiotuesta ja hoitovastuun jakamisesta.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidon ja itsemurhien ehkäisyn menetelmien vaikuttavuus on kuvattu Duodecimin Käypä hoito -suosituksissa, joissa kuvataan myös toimijoiden rooleja huomioiden häiriöiden vaikeusasteet. Terveystieteiden palveluvalikoimaneuvoston (PALKO) suosituksen perusteella psykososiaaliset hoidot ovat tehokkaita ja kuuluvat palveluvalikoimaan niin mielenterveyden kuin päihdehäiriöiden ja riippuvuuksien hoidossa.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönotto

Suomessa yliopistoilla on vastuunaan järjestää psykoterapeuttikoulutukset ja varmistaa koulutuksen laatu. Psykoterapeutin ammattinimike on Suomessa suojattu. Viime vuosina on tehty useita kansalaisaloitteita, joiden tavoitteena on ollut kiinnittää huomiota psykoterapian saatavuuden parantamiseen.

Valtioneuvoston keskittämisasiä (582/2017) säättää, että viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava tietyistä psykososiaalisten menetelmien käyttöönottoon liittyvistä tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Näitä ovat lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset terveydenhuollon osalta sekä psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien *osaamisen arviointi ja ylläpito*. Keskittämisasiänsä ja kiireettömän hoidon perusteiden pohjalta on valmisteltu ja toteutettu toimenpiteitä, joilla lisätään vaikuttavaksi todettujen psykososiaalisten menetelmien saatavuutta matalalla kynnyksellä ja osana perustason palveluita.

Lasten, nuorten ja perheiden mielenterveyspalvelut

Terhi Aalto-Setälä ja Eeva Huikko

Sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän hoidon kriteerit määrittävät lasten ja nuorten lievien ja keskivaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoitamisen perustason tehtäväksi. Tämänhetkiset kouluikäisten perustason mielenterveyspalvelut ovat kuitenkin riittämättömiä, rakenteellisesti pirstaleisia ja monin paikoin yhtenäinen toiminnallinen koordinaatio palvelujen kesken puuttuu.

Terveyskeskuksilla on lakisääteinen mielenterveyden häiriöiden hoitamisen velvoite, mutta käytännössä lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöitä hoidetaan muissa perustason palveluissa. Kouluterveydenhuollon, opiskeluhoollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen sekä sosiaalipalveluihin kuuluvan kasvatus- ja perheneuvolan lakisääteisenä tehtävänä on tukea ja edistää mielenterveyttä sekä tarjota varhaista tukea. Vaikka varsinainen mielenterveyshäiriöiden hoito ei sisälly näiden palvelujen tehtäviin, kasvatus- ja perheneuvolojen rooli lasten ja nuorten mielenterveyden perustason hoidossa on ollut keskeinen.

Sosiaali- ja terveystoimen erillisten tietojärjestelmien ja epäyhtenäisten ja puutteellisten kirjaamiskäytäntöjen vuoksi perustasolla tehty edistävää, ehkäisevää ja hoitavakin mielenterveystyö on jäänyt osittain näkymättömäksi.

Mielenterveystyö on tyypillisesti lähtökohdiltaan moniammatillista. Lääkärin tehtäviin kuuluu diagnostiikka, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu. Tunnistamiseen, arviointiin ja hoidon toteutukseen osallistuu sen sijaan useita eri ammattiryhmiä, myös muita kuin terveydenhuollon henkilöstöön kuuluvia, esimerkiksi sosiaalityöntekijöitä ja opiskeluhoollon työntekijöitä. Kouluympäristössä myös opettajilla on merkittävä rooli mielenterveyden edistämässä, ongelmien tunnistamisessa ja käytännön tukitoimien tarjoamisessa.

Hoidon porrastus ja tarkoituksenmukainen työnjako toteutuu perus- ja erityistason toimijoiden kesken yhteisesti sovittujen toimivien konsultaatorakenteiden avulla ja varmistaen perustasolle riittävä erikoissairaanhoidon tuki keskivaikeiden häiriöiden hoitoon. Erityistason tuella otetaan perustason palveluissa käyttöön vaikuttavia hoitomenetelmiä ja ylläpidetään niitä.

Viitteet

Aalto-Setälä T., Huikko E., Appelqvist-Schmidlechner K., Haravuori H., Marttunen M. (2020). [Kouluikäisten mielenterveysongelmien tuki ja hoito perustason palveluissa: Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön](#)

6.2 Päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestäminen

Kristiina Kuussaari ja Maria Heiskanen

Päihteiden käytön ja toiminnallisten riippuvuuksien hoito- ja tukipalveluja järjestetään ennen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla. Vuoden 2023 alusta lähtien palvelut järjestetään hyvinvointialueilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lisäksi päihde- ja riippuvuuspalvelujen järjestämiseen tulee vaikuttamaan tuore lainsäädäntöuudistus; jatkossa mielenterveys- ja päihdepalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa erillisten lakien sijaan (HE 197/2022; VN/23566/2021). Uusi lainsäädäntö astuu voimaan 1.1.2023. Päihde- ja riippuvuusstrategia vuoteen 2030 julkaistiin vuonna 2021 (Kotovirta ym. 2021), ja sen osana Rahapelipoliittinen ohjelma keväällä 2022 (VN 2022).

Palvelujärjestelmä, joka tarjoaa tukea ja apua päihde- ja riippuvuusongelmiin, on muokkautunut vuosikymmenien aikana erilaisten yhteiskunnallisten muutosten, säädösohjauksen, valtion rahoitusohjauksen tai strategisen ohjelmaohjauksen myötä (Partanen 2021). Meneillään olevien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja lainsäädäntöuudistuksen vaikutuksia päihde- ja riippuvuuspalvelujen saataavuuteen, saavutettavuuteen ja laatuun tulee arvioida tarkkaan.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen kokonaisuuteen kuuluvat esimerkiksi avomuotoinen kuntoutus, laitospäihdehoito, vieroitus- ja katkaisuhoidot, opioidikorvaushoidot, huumeidenkäyttäjien terveysneuvonta, selviämishoidot sekä jalkautuva päihdetyö. Tärkeitä ovat myös arjen tukeen ja asumiseen liittyvät palvelut, kuten päivä- ja työtoiminta, asumispäivystys, palveluasuminen ja tukiasuminen. Päihdehuollon erityispalvelujen pohjana on ollut vuoden 1986 päihdehuoltolaki (41/1986).

Nykyiset päihdehuollon erityispalvelut ovat säilyttäneet päihdehuoltolaissa niille määritellyt lähtökohtansa: vapaaehtoisuus, avohoito, avohoidon maksuttomuus asiakkaalle ja moniammatillisen työorientaation pohjalta integroidut palvelut. Suomeen ei ole kuitenkaan rakentunut päihdehuoltolain pohjalta yhtenäistä päihdehuollon erityispalvelujärjestelmää, vaan palveluiden järjestämistapa vaihtelee esimerkiksi kunnan koon ja sijainnin mukaan. (Partanen 2021.) Päihde- ja riippuvuuspalveluista saa apua niin päihteiden käyttöön kuin toiminnallisiin riippuvuuksiin kuten rahapelaamiseen.

Päihde- ja riippuvuuspalveluita järjestetään kuntien omina palveluina, eri tavoilla määriteltujen alueiden palveluina tai ostopalveluina. Suomalaiselle päihdehuoltojärjestelmälle on ominaista erilaisten palveluntuottajien vahva asema (Stenius ym. 2012; Nevalainen ym. 2022; ks. myös Storbjörk ym. 2021). Esimerkiksi päihteiden käyttäjien hoitoon keskittyneitä, perustasolla toimivia päihdehuollon avopalveluja voidaan tuottaa kunnallisina A-klinikkapalveluina tai yhdistettyinä perustasolla toimivina mielenterveys- ja päihdepalveluina, kuntayhtymien tuottamina vastaavina palveluina tai niitä voidaan hankkia erilaisin hankintasopimuksin päihdeongelmien hoitoon erikoistuneilta palveluja tuottavilta järjestö- tai säätiöpohjaisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta (Partanen 2021).

Alkuvuodesta 2022 kunnissa avomuotoiset päihde- ja riippuvuuspalvelut olivat ainakin osittain omaa palveluntuotantoa, ja usein esimerkiksi laitospäihdehoito ja asumispalvelut ostopalveluita. Palveluita ostettiin toisilta kunnilta, järjestöiltä ja säätiöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kuntakysely 2022)

Suomalaisella päihdehuollolla on ollut vahva kytkös sosiaalihuoltoon (Stenius ym. 2012; Kuusisto & Ranta 2020). Alkuvuodesta 2022 perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto olivat jo yhteisen hallinnon alla osassa kunnista. Joillain alueilla tähän oli integroitu myös erikoissairaanhoidon palveluita. Päihde- ja riippu-

vuusongelmien avohoitoon ja -kuntoutukseen tarkoitettu päihdepalvelu (esim. A-klinikka, terveys- ja/ tai sosiaaliaseman päihdetyö tai vastaava) oli noin kolmanneksessa kuntia sijoitettu terveydenhuollon hallinnonalalle, joka kymmenessä sosiaalihuoltoon ja yli puolessa sekä terveyden- että sosiaalihuoltoon. (Kuntakysely 2022)

Muista päihde- ja riippuvuuspalveluista erityisesti opioidikorvaushoito oli usein terveydenhuollon hallinnonalalla, samoin kuin terveyskeskuksen vuodeosastolla tapahtuva vieroitus- ja katkaisuhoido. Asumispalvelut ja laitostenmuotoinen päihde- ja riippuvuushoito ja -kuntoutus taas olivat useimmiten hallinnollisesti sosiaalihuollossa. (Kuntakysely 2022)

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat nykyisen lainsäädännön pohjalta muusta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä erillisiä ja usein myös aliresursoituja (Partanen 2021). Alkuvuodesta 2022 yli 60 prosentissa manner-Suomen kunnista päihde- ja riippuvuuspalvelut oli järjestetty hallinnollisesti yhdessä muiden palvelujen kanssa, useimmiten mielenterveyspalvelujen kanssa (Kuntakysely 2022). Vuonna 2009 kunnista 18 prosentissa oli toimintayksiköitä, joihin oli koottu perinteisesti eri sektoreilla tuotettuja palveluja, kuten mielenterveys- ja päihdepalvelut (Kokko ym. 2009).

Vaikka asioita on kysytty eri tavoin näissä kahdessa kyselyssä, on selvää, että päihde- ja mielenterveyspalvelujen integraatio etenee Suomessa. Integraation tarpeellisuutta on perusteltu esimerkiksi sillä, että asiakkaan erilaiset ongelmat tulisivat paremmin kohdatuiksi, että hoidon saatavuus paranisi, ja erityisesti päihdepalvelujen yhteys perusterveydenhuoltoon tai sosiaalityöhön mahdollistaisi varhaiset toimenpiteet ja vähentäisi näin myös kustannuksia (Stenius ym. 2012).

Oikeus saada hoitoa päihde- ja riippuvuusongelmaan on palvelujärjestelmän perusta (esim. Poikonen & Kekoni 2019). Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisusta päihteiden käytön hallintaa ja päihteitä käyttävien ihmisten kohtelua yhteiskunnan instituutioissa tarkastelleessa tutkimuksessa todettiin ongelmia päihdehoitoon pääsemisessä, palveluiden laadussa ja perusoikeuksien toteutumisessa (Perälä & Leppo 2022).

A-klinikkasäätiön mielipidekyselyssä alkuvuodesta 2022 alle neljännes vastaajista arvioi, että päihdeongelmaan on omassa kunnassa hyvin hoitoa tarjolla ja lähes viidennes (19 %) oli sitä mieltä, että hoitoa oli huonosti tarjolla. Yli puolet vastaajista (60 %) ei tietäisi mihin ottaa yhteyttä uudella hyvinvointialueella, jos itsellä tai läheisellä olisi päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Päihteisiin ja riippuvuusiin liittyvän stigman arvioitiin estävän hoitoon hakeutumista usein. (A-klinikka 2022)

Asiakkaiden asemasta ja oikeudesta osallisuuteen on säädetty useissa laeissa, kuten kuntalaissa (365/1995) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Asiakasosallisuus voi keskittyä asiakkaiden mahdollisuuksiin vaikuttaa omiin palveluihinsa tai se voi laajentua palvelujen suunnitteluun ja siihen osallistumiseen. Asiakasosallisuuden muotoja voivat olla esimerkiksi asiakaspalaute tai sellaiset osallisuuden muodot, joissa asiakas on mukana vaikuttamassa palveluihin ja laadun kehittämiseen, tai jopa palvelujen raamien määrittäjänä. (Leemann & Hämäläinen 2016.) Päihde- ja riippuvuuspalveluissa asiakkaiden osallisuuden toteutumisen esteenä voi olla erilaisia sekä päihde- ja riippuvuustyöhön, palvelujärjestelmään tai päihde- ja riippuvuusongelman kielteiseen leimaan liittyviä ilmiöitä.

Pohdinta

Päihteiden käyttöön ja toiminnallisiin riippuvuuksiin liittyvä palvelujärjestelmä on monella tapaa murroksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää palvelujen järjestämistä kunnilta hyvinvointialueille ja tavoittelee palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamista, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista sekä painopisteen siirtämistä vahvemmin ennaltaehkäisyyn. Uudistuksella pyritään myös peruspalvelu- ja avohoitopainotteisiin palveluihin ja palvelujen integraatioon. (esim. Partanen 2021.)

Päihde- ja riippuvuuspalveluja koskeva lainsäädäntö muuttuu, kun päihde- ja mielenterveyspalveluita koskevista erillislaeista luovutaan ja näitä palveluja koskeva sääntely siirtyy sosiaali- ja terveyden-

huoltoa koskeviin lakeihin, tahdosta riippumatonta hoitoa lukuun ottamatta (HE 197/2022; ks. myös VN/23566/2021).

Asiakkaan näkökulmasta esimerkiksi palvelusiirtymien ja koetun syrjinnän ja leimaamisen vähentämisen kannalta päihde- ja riippuvuuspalvelujen integraatio sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon että mielenterveyspalveluihin nähden on tärkeää. Päihde- ja riippuvuushoidon järjestämisen painopiste on siirtynyt kohti terveyspalveluita. Julkisessa ja hallinnollisessa puheessa on kuluneella vuosikymmenellä korostunut päihdeongelmien sairausluonne, ja päihdeasiakkaat ovat siirtyneet laitoshuollosta ja erityispalveluista avopalveluiden piiriin (Kaukonen & Kuussaari 2021).

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusten kehittämistyössä on tärkeä hyödyntää valtakunnallisia suosituksia. Vuosituhannen alussa julkaistuissa päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) luotiin askelmerkkejä laadukkaille päihdepalveluille. Suosituksia ei ole sittemmin kuitenkaan päivitetty. Nykyiset suositukset painottuvat terveydenhuoltoon. Käypä hoito -suositukset sisältävät kolme päihdelääketieteen suositusta: Alkoholiongelmaisen hoito (Käypä hoito -suositus 2015), Huumeongelmaisen hoito (Käypä hoito -suositus 2018) ja Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito (Käypä hoito -suositus 2018). Rahapeliiriippuvuuden Käypä hoito -suosituksen valmistelu on aloitettu keväällä 2022 (Duodecim 2022).

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukset sisältävät alkoholiriippuvuuden ja huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisten menetelmien suositukset sekä suosituksen elintapamuutosta tukevasta tekijöistä elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi (Palko 2020a; 2020b; 2021).

Päihde- ja mielenterveyslainsäädännön uudistuksessa sekä sosiaalihuoltolakiin että terveydenhuoltolakiin tulee päihdeiden ongelmallisen käytön ja päihdehäiriöiden lisäksi muu riippuvuuskäyttäytyminen. Muutoksella tavoitellaan sitä, että sosiaali- ja terveyspalveluissa tunnistettaisiin aiempaa paremmin myös muun toiminnallisen riippuvuuden aiheuttama tuen tai hoidon tarve. Myös päihde- ja riippuvuusstrategian taustalla on tunnistettu tarve ohjata kokonaisvaltaisemmin alkoholiin, tupakkaan, huumeaineisiin ja rahapelaamiseen liittyviä riskejä, haittoja ja ongelmia ja mahdollisuuksia niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi (Kotovirta ym. 2021). Toiminnallisten riippuvuuksien tuen ja hoidon sijoittumisesta päihde-, riippuvuus- ja mielenterveyspalvelujärjestelmässä on syytä käydä tulevaisuudessa keskustelua.

Päihde- ja riippuvuuspalvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja laadun kehityksen seuraaminen on tärkeää etenkin nyt, kun useita suuria muutoksia tapahtuu yhtä aikaa. Koettu kielteinen leima estää edelleen hoitoon hakeutumista päihde- ja riippuvuusongelmissa. Palvelujen ja hoidon saavutettavuuden haasteet tulee tunnistaa ja erilaisten kynnysten poistamiseen tulee panostaa. Näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntäminen on tärkeää, samalla kun varmistetaan monialaisten palvelutarpeiden täyttyminen. Tulee varmistaa laadukkaat ja saatavilla olevat palvelut sekä päihdeiden käyttöön että muihin riippuvuuksiin matalalla kynnyksellä, stigmaa vähentävästi ja asiakkaan tarpeet huomioiden.

Viitteet

[Alkoholiongelmaisen hoito](#). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015.

A-klinikka 2022. [Aluevaalit ja päihdepolitiikka](#). A-klinikkasäätiön mielipidekysely. <https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/2022-01/aluevaalit-ja-paihdepolitiikka-2022-a-klinikkasaaation-mielipidekysely.pdf>. [17.5.2022].

Duodecim 2022. [Rahapeliiriippuvuus, Käypä hoito -suosituksen historiatiedot](#). <https://www.kaypahoito.fi/nix02975>. [16.5.2022].

HE 127/2022. [Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi](#).

[Huumeongelmaisen hoito](#). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018.

Kaukonen Olavi & Kuussaari Kristiina (2021). Yhteiskunnan muutos ja päihdepalveluiden tutkimus. Teoksessa Kaukonen, O & Kuussaari, K (toim.) [Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2021.

- Kokko S., Heinämäki L., Tynkkynen L., Haverinen R., Kaskisaari M., Muuri A., Pekurinen M. & Tammelin M. (2009). [Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen](#). Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 36/2009.
- Kotovirta E., Markkula J., Pajula M., Paavola M., Honkanen R. & Tuominen I. (2021). [Päihde- ja riippuvuusstrategia](#). Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. Kuntakysely 2022, THL.
- Kuusisto K. & Ranta J. (2020). [Psykososiaalisen päihdetyön asema Suomessa 1900-luvulta nykypäivään](#). Teoksessa Moilanen J., Annola J. & Satka M. (toim.). Sosiaalityön käänneet. Jyväskylä: SoPhi.
- Kuussaari K., Rautiainen E. & Grainger M. (2021). [Päihdetapauskasvatusta 2019 päihde- ja riippuvuusongelmien ehkäisyn ja hoidon kehittämisen tietolähteenä](#). Teoksessa Kaukonen, O & Kuussaari, K (toim.) Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2021.
- Leemann L. & Hämäläinen R. (2016). [Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut](#). Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81 (5), 586–594.
- Nevalainen E., Kuussaari K., Partanen A., Heiskanen M. & Määttä M. (2022). Laitosmuotoisen päihdehoidon ja -kuntoutuksen saatavuus ja käytetyt menetelmät 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 12/2022. Saatavilla osoitteesta julkari.fi [Palveluvalikoimaneuvoston suositus \(Palko\) 2020a](#). Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Osa 1: Alkoholi-riippuvuus.
- Palveluvalikoimaneuvoston suositus (Palko) 2020b. [Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi](#).
- Palveluvalikoimaneuvoston suositus (Palko) 2021. [Huumeriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät](#).
- Partanen A. (2021). Päihdehoito osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja strategista ohjausta. Teoksessa Kaukonen, O & Kuussaari, K (toim.). [Päihdepalveluiden yhteiskunnalliset haasteet](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2021.
- Perälä Riikka & Leppo Anna (2022). [Turha kärsimys](#). Päihteisiin liittyvät institutionaaliset ongelmatilanteet eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa. Yhteiskuntapolitiikka 87 (2), 45–55.
- Poikonen H. & Kekoni T. (2019). Asiakkaan oikeudet ja niihin vaikuttavat tekijät päihdepalveluissa. Teoksessa Pehkonen, A., Kekoni, T., Kuusisto K [Oikeus päihdehoitoon](#). Vastapaino, Tampere 2019.
- [Päihdehuoltolaki 41/1986](#). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041> (20.5.2022)
- [Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002](#). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3.
- Stenius K., Kekki T., Kuussaari K. & Partanen A. (2012). [Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa](#). Yhteiskuntapolitiikka 77 (2), 167–175.
- Storbjörk J., Stenius K., Bjerger B., Enoksen E. A., Kuussaari K., Pedersen M. M. (2021). [Restructured welfare service provision: For-profit and non-profit providers in residential substance use treatment in Denmark, Finland, Norway and Sweden](#). Nordic Welfare Research. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2021-03-03>
- [Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus](#). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018.
- VN/23566/2021. [Lausuntopyyntö mielenterveys- ja päihdepalvelujen koskevan lainsäädännön uudistamisesta](#). Valtioneuvosto (VN) (2022) Rahapelipoliittinen ohjelma. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:40.

6.3 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon muuttuva rooli

Avohoidon palvelut

Sami Pirkola, Outi Linnaranta

Mielenterveyspalvelut on Suomessa rakennettu portaittaisen mallin mukaisesti erillisiin perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon sekä keskitettyyn vaativaan erityistasoon. Sosiaalipalveluilla on ollut oma merkittävä roolinsa.

Porrastetussa mallissa psykiatrian erikoissairaanhoidon vastuulla on psykiatrian erikoisalalan mukaisen tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuus. Toiminnot on järjestetty koskemaan lasten (12-vuotiaaksi), nuorten (ikä 13–18 vuotta) ja aikuisten (yli 18-vuotiaat) palveluita.

Psykiatrian erityistason palvelut sisältävät avohoidon, sairaalahoidon ja päivystystoiminnan. Erityistason koordinoi myös tiettyjä hoitomuotoja, kuten psykoterapian ja verkkoterapian tarjontaa ja varmistaa palveluiden laatua.

Psykiatristen erityispalveluiden roolia ja sisältöä määrittää toisaalta valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (STM582/2017), toisaalta Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet STM137:00/2019. Näiden mukaisesti on ajankohtaisesti rahoitettu yliopistoklinikoiden roolia koordinoimassa perustason mielenterveys- ja päihdeosaamisen vahvistamista erityisesti koordinoimalla koulutuksia, joilla saadaan lisää psykososiaalisten menetelmien osaajia.

Porrastettu malli on osoittautunut ongelmalliseksi (Pirkola 2020). Erillisiksi siiloutuneet tahot ovat usein tehneet päällekkäistä työtä, kun kokonaisuutta ei ole koordinoitu ja kustannukset hoidosta ja hoidotta jättämisestä ovat kohdentuneet eri budjetteihin (Pirkola 2020).

Mielenterveyspalveluiden kehittämistyössä on nähty tärkeäksi ottaa potilas toiminnan keskiöön aktiivitoimijaksi (Pirkola 2020). Tämä tarkoittaa sitä, että erilaiset palvelut organisoidaan tarpeen mukaan suunnitellusti potilaalle tai perheelle terveyshyötyjä tuottaviksi. Tällöin kaikkien tahojen ja toimijoiden aktiivisuuden on oltava aidosti yhteistoiminnallista. Yhteen sovitetuissa palveluissa potilas ei siirry kulloinkin hoitovastuuta kantaville tahoille, vaan tilanteen mukaan sovitaan ensisijaisesta hoitovastuusta ja palveluiden sovittamisesta yhteiseen tavoitteelliseen kokonaisuuteen (Pirkola 2020).

Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut toteutuvat perustasolla, terveys- ja sosiaalikeskuksen ympäristössä (Pirkola 2020). Erikoissairaanhoido ei ole enää vain lähetettä odottava taho, vaan se jalkautuu monin tavoin tukemaan ja ohjaamaan perustasoa konsultaatioiden, toimintamallien ja kädestä pitäen työssä mukana olevien työntekijöiden avulla. Toisinaan erikoissairaanhoido ottaa ensisijaisen hoitovastuun ja potilas otetaan oman yksikön tiiviimpään hoitoon, joskus myös tarpeelliseksi tulleeeseen sairaalahoitoon.

Uutena ratkaisuna ja lisääntyvästi myös psykososiaalisia hoitoja ja psykoterapioita voidaan aloittaa terveys- ja sosiaalikeskusten tasolla, kun toiminnan sisältö vain on erityistason linjaamaa ja tukemaa. Asetusten hengen mukaisesti psykososiaalisen tuen osaamiskeskus rakennetaan yliopistoklinikoiden yhteyteen. Olennaista on osaamisen jakautuminen laajalti, kulloisiinkin tarpeisiin vastaten. Potilaskohtainen yhdessä oppiminen johtaa myös organisaation oppimiseen (Pirkola 2020).

Tulevaisuudessa mielenterveyden edistämisen, mielenterveys- ja päihdehoidon ja kuntoutuksen rahoituksen tavoitteena on pidetty kokonaisuutta, jossa kustannetaan tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta (Pirkola 2020).

Viitteet

Pirkola, Sami 2020. Duodecim 2020;135(16):1763–4. [Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut](#).

Vorma H., Rotko T., Lariivaara M., Kosloff A. (2020). [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:6. Saatavilla internetistä osoitteesta julkaisut.valtioneuvosto.fi

Psykiatristen sairaalapaikkojen määrän kehitys

Outi Linnaranta

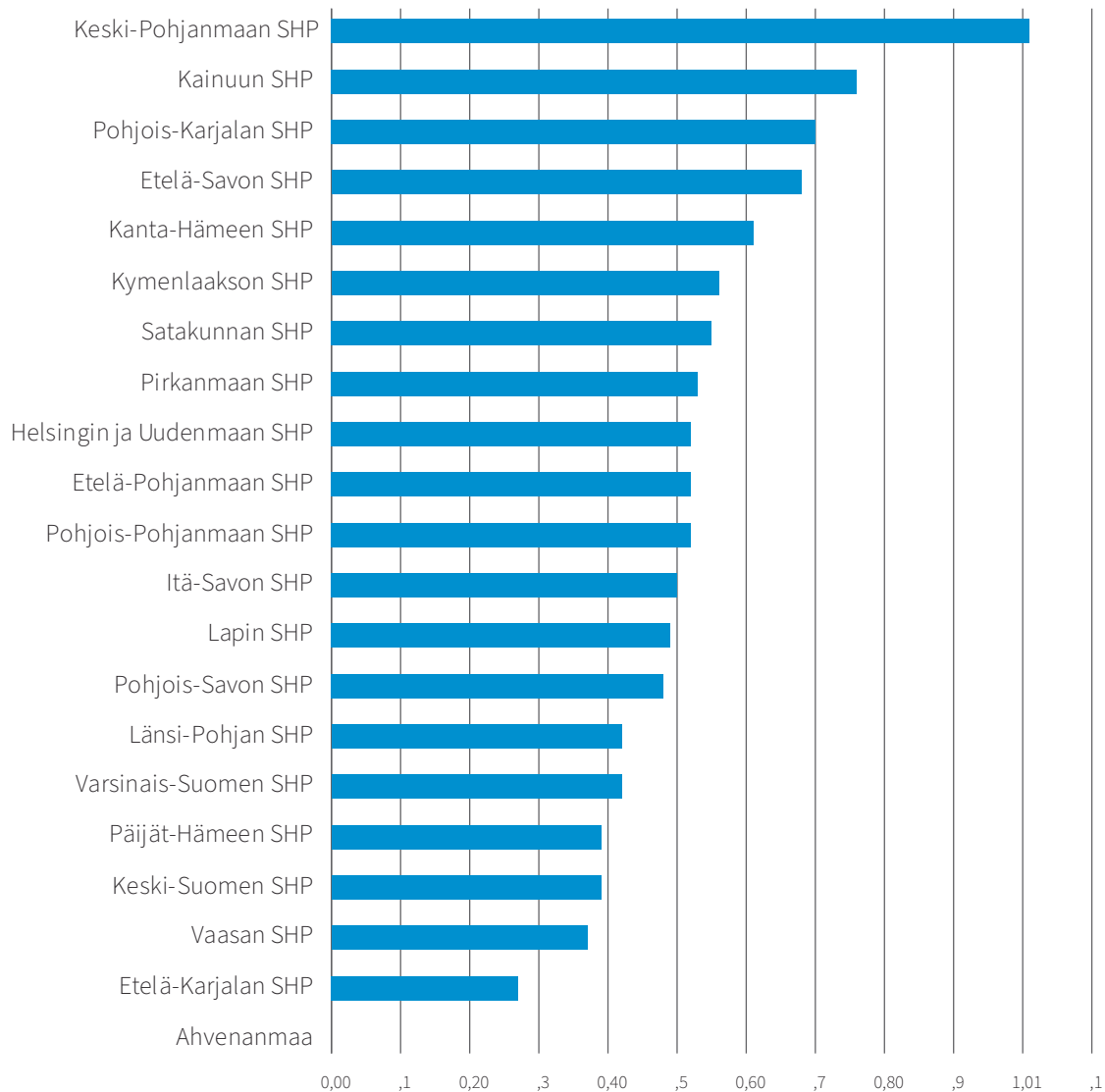
Psykiatristen sairaansijojen määrä on vähentynyt vuosikymmenien aikana maailmanlaajuisesti (Mundt ym. 2021a, Looi ym. 2022, Siebenförcher ym. 2022). Vähentämistä on perusteltu eettisellä tarpeella laitoshoidon purkamiseen, sairaalahoidon tarpeen vähenemisellä lääkityksen ja avohoidon kehittyessä, sekä säästöillä tai resurssien siirtämisellä muualle (Chow ym. 2019, Mundt ym. 2021b). Lisääntyvästi on kuitenkin todettu, että paikkoja on jo liian vähän (Looi ym. 2022, Mundt ym. 2021b, Allison ym. 2018, Mundt ym. 2022, Wild ym. 2021, Ross ym. 2020). Tämä näkyy ruuhkina päivystyksessä ja osastoilla, vaikeutena päästä tarvittaessa osastohoitoon, paineena kotiuttaa potilaat liian nopeasti paikkojen vapauttamiseksi, ja ajautumisena tahdosta riippumattomaan hoitoon (Chow ym. 2019, Mundt ym. 2021b).

Suomessakin on hiljattain selvitetty psykiatristen sairaalapaikkojen määrää sairaanhoitopiireille 2021 tehdyllä kyselyllä. Kun paikkoja oli vuonna 1970 22 000, vuonna 1993 niitä oli yhteensä 7300 (vä-

henemä 66,8 %), 2015 yhteensä 4600 (vähemmän vuodesta 1993 37,0 %), ja vuonna 2021 Suomessa oli käytössä yhteensä 2 700 sairaansijaa (Linnaranta 2022a). Vähemmän vuoteen 2021 mennessä oli vuodesta 2015 laskien 41,3 prosenttia ja vuodesta 1970 peräti 88 prosenttia. Lasku on kansainvälisesti verraten jyrkimpien joukossa.

Tuore kansainvälinen konsensusmietintö asettaa asiantuntijakyselyn perusteella määritetyt rajat riittävälle psykiatristen sairaalapaikkojen määrälle (Mundt ym. 2022). Ihanteellisena asiantuntijat pitivät 60 psykiatrista sairaansijaa per 100 000. Paikojen katsottiin olevan riittämättömiä, jos niitä on alle 30 per 100000 asukasta (Mundt ym. 2022).

Koko Suomen paikoiksi ilmoitettiin 48 paikkaa per 100 000 asukasta eli alle asiantuntija-arvion ihannemäärän, mutta enemmän kuin asiantuntija-arviossa riittämättömänä pidetty määrä. Kansainvälistä arviota ei kuitenkaan voi soveltaa Suomeen sellaisenaan (Mundt ym. 2022). Sairaanhoidopiirien välillä on huomattavia eroja psykiatristen sairaalapaikkojen määrässä (Linnaranta 2022a). Erot eivät noudata sairastavuuseroja alueiden välillä. Kun vähimmillään sairaanhoidopiirin paikkoja oli 27/100 000 asukasta, suurin osuus oli 101/100 000 asukasta. Erityisen huolestuttavia olivat edelleen jatkuvat suunnitelmat vähentää paikkoja.



Kuva 1. Sairaanhoidopiirien ja kuntien väestöön suhteutetut psykiatriset sairaansijat tuhatta asukasta kohden. Sairaalaapaikkamitoitus on laskettu sairaanhoidopiirin asukasluvun mukaan. Lähde: THL, Sotkanet.

Sairaalahoitoa tarjotaan kuitenkin osin myös sairaanhoitopiirin alueen ulkopuolella. Esimerkiksi Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin väestöpohja on alle 70 000 asukasta, mutta Keski-Pohjanmaan keskussairaala on lähin päivystävä sairaala noin 200 000 asukkaalle.

Pitkäaikaisia sairaalahoitoja voitaisiin korvata tehostetun avohoidon ja asumispalveluiden keinoin (Linnaranta 2022b). Akuuttivaiheen jälkeen tämä on inhimillisempi ja kuntouttavampi vaihtoehto. Kustannuksiltaan tehostettu avohoito ei välttämättä ole halvempi vaihtoehto, sillä se edellyttää tiivistä yhteistyötä eri tahojen välillä, asumispalveluita ja kuntouttavaa toimintaa (Sadeniemi ym. 2021).

Avohoito soveltuu paremmin henkilöille, jolla on asunto, tukeva sosiaalinen verkosto ja toimiva avohoito. Vastaavasti sairaalahoidon tai asumiskuntoutuksen tarve korostuu asunnottomilla ja yksin asuvilla (Allison ym. 2018, Kalapos ym. 2016, Dalton-Locke ym. 2021, Hunt ym. 2014).

Tarpeenmukainen pääsy sairaalaan, riittävä sairaalahoidon kesto ja avohoidon intensiivisyys heti kotiutumisen jälkeen ehkäisee itsemurhia (Duodecim 2020), Aaltonen ym. 2018). Jo kokemus siitä, että sairaalaan pääsee voimien huonontuessa, rauhoittaa tilannetta. Itsemurhien määrä oli englantilaisessa tutkimuksessa korkeampi tehostetun avohoidon potilailla kuin osastolla hoidetuilla (14,6 vs 8,8 per 10 000 kriisihoitajaksoa) (Hunt ym. 2014). Suomessa esiin ovat nousseet psykiatrisessa osastohoidossa olevien potilaiden itsemurhat (OTKES 2022).

Henkilökunnan ja omaisten mielestä psykiatrisia sairaalapaikkoja on Suomessakin tarpeeseen nähden liian vähän. Akuutin sairaalahoidon tarjoamisessa on ollut vakaviakin ongelmia (Linnaranta 2022a). Myöskään sairaalahoitoa korvaavien avohoitopalveluiden saatavuus ja laatu ei ole toteutunut yhdenvertaisesti. Pitkäaikaispotilaiden käytössä oli paikoista kolmasosa (Linnaranta 2022a).

Lisääntyvä joukko toimijoita vaatii, että päätöksien tietopohjaa pitäisi lisätä (Linnaranta 2022b, McBrain 2022): milloin psykiatrinen sairaalahoito on laadukasta ja kannattavaa, milloin ja mitkä avohoidon keinot olisivat parempia? Mikä on sopiva sairaalapaikkojen määrä potilaan, hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten näkökulmasta? Miten pitkäaikaisesti sairaalassa olevien hoidosta nykyistä isompi osa voitaisiin toteuttaa sairaalan ulkopuolella niin, että he saisivat kuntoutumisen kannalta laadukasta hoitoa ja sairaalapaikkoja vapautuisi akuutimpiin jaksoihin?

Tietoon perustuvaa vastausta oikeaan psykiatristen paikkojen määrään Suomessa ei siis ole. Nykyinen kehityssuunta edelleen vähenevistä paikkamääristä ilman kokonaissuunnitelmaa vaikeasti sairaiden hoidon laadusta on kiistatta huolestuttava (Linnaranta 2022b).

Viitteet

- Aaltonen KI., Isometsä E., Sund R., & Pirkola S. (2018). [Decline in suicide mortality after psychiatric hospitalization for depression in Finland between 1991 and 2014](https://doi.org/10.1002/wps.20501). World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 17(1), 110–112. <https://doi.org/10.1002/wps.20501>
- Allison S., Bastiampillai T., Licinio J., Fuller DA., Bidargaddi N., Sharfstein SS. (2017). [When should governments increase the supply of psychiatric beds?](https://doi.org/10.1038/mp.2017.139) Mol Psychiatry. 2018 Apr;23(4):796-800. doi: 10.1038/mp.2017.139.
- Chow WS., Ajaz A., Priebe S. (2018). [What drives changes in institutionalised mental health care?](https://doi.org/10.1007/s00127-018-1634-7) A qualitative study of the perspectives of professional experts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019 Jun;54(6):737-744. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7.
- Dalton-Locke C., Marston L., McPherson P., Killaspy H. (2021). [The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.607933). Front Psychiatry. 2021 Jan 13;11:607933. doi: 10.3389/fpsyt.2020.607933.
- Hunt IM., Rahman MS., While D., Windfuhr K., Shaw J., Appleby L., Kapur N. (2014). [Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70250-0). Lancet Psychiatry. 2014 Jul;1(2):135-41. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70250-0.
- [Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito](#). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 12.6.2022).
- Linnaranta Outi (2022a). [Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä](#). Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022, THL (2022a)
- Linnaranta Outi (2022b): [Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi](#). Päätösten tueksi 6/2022, THL. (2022b)
- Looi JC., Allison S., Bastiampillai T. (2022). [Specialised psychiatric beds and 24-hour residential care in Australia 2018-2019 - Comparative analysis and commentary according to international benchmarking](https://doi.org/10.1177/10398562221103121). Australas Psychiatry. 2022 May 19:10398562221103121. doi: 10.1177/10398562221103121.

- McBain RK., Cantor JH., Eberhart NK. (2022). [Estimating Psychiatric Bed Shortages in the US](#). JAMA Psychiatry. 2022 Apr 1;79(4):279-280. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4462.
- Mundt AP., Delhey Langerfeldt S., Rozas Serri E., Siebenförcher M., Priebe S. (2021). [Expert Arguments for Trends of Psychiatric Bed Numbers: A Systematic Review of Qualitative Data](#). Front Psychiatry. 2021 Dec 24;12:745247. doi: 10.3389/fpsy.2021.745247.
- Mundt AP., Rozas Serri E., Irarrázaval M., O'Reilly R., Allison S., Bastiampillai T., Musisi S., Kagee A., Golenkov A., El-Khoury J., Park SC., Chwastiak L., Priebe S. (2022). [Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process](#). Mol Psychiatry. 2022 Apr;27(4):1873-1879. doi: 10.1038/s41380-021-01435-0.
- Oikeusturvakeskuksen raportteja T2021-01 [Kolme potilaan itsemurhaa psykiatrisessa sairaalassa Etelä-Savossa syksyllä 2021](#), julkaistu 31.5.2022
- Ross T., Fontao MI., Bulla J. (2020). [Rising inpatient numbers in forensic security hospitals of German federal state of Baden-Württemberg: Background and explanatory approaches](#). Behav Sci Law. 2020 Sep;38(5):522-536. doi: 10.1002/bsl.2481.
- Sadeniemi M., Joffe G., Pirkola S., Ala-Nikkola T., Kontio R., Wahlbeck K. (2021). [Residential services as a major cost driver in mental health and substance use services in southern Finland](#). Psychiatria Fennica, vol. 52, pp. 60-74.
- Vohidova M., Kerimi N., Sukhovii O., Priebe S. (2021). [Changes in national rates of psychiatric beds and incarceration in Central Eastern Europe and Central Asia from 1990-2019: A retrospective database analysis](#). Lancet Reg Health Eur. 2021 Jun 5;7:100137. doi: 10.1016/j.lanpe.2021.100137.
- Wild G., Alder R., Weich S., McKinnon I., Keown P. (2021). [The Penrose hypothesis in the second half of the 20th century: investigating the relationship between psychiatric bed numbers and the prison population in England between 1960 and 2018-2019](#). Br J Psychiatry. 2021 Dec 17:1-7. doi: 10.1192/bjp.2021.138.

KELA:n tukema kuntoutus

Outi Linnaranta

Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia on tavanomaisin väylä pitkiin psykoterapioihin Suomessa. Kuntoutuspsykoterapian saamisen edellytykset ovat, että henkilö on 16–67-vuotias, hänen työ- tai opiskelukykyensä on uhattuna mielenterveyden häiriön vuoksi ja hän on saanut mielenterveyden häiriön toteamisen jälkeen vähintään 3 kk asianmukaista hoitoa. Lisäksi psykiatrin lausunnon perusteella voidaan arvioida, että kuntoutuspsykoterapia on tarpeen työ- tai opiskelukykyä tukemiseksi tai parantamiseksi. Kela myöntää tuen vuodeksi kerrallaan enintään kolmena vuonna. Kelan kuntoutuspsykoterapia muuttui vuoden 2011 alusta harkinnanvaraisesta järjestämisvelvollisuuden alaiseksi kuntoutukseksi. Vuonna 2021 myönnettiin kuntoutustukea suurimmalle osalle sitä hakeneista.

KELA tukee mielenterveys- ja päihdepotilaiden kuntoutusta myös kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssien, nuoren ammatillisen kuntoutuksen, ammatillisen kuntoutuksen, vaativan lääkinällisen kuntoutuksen, moniammatillisen yksilökuntoutuksen ja neuropsykologisen kuntoutuksen muodossa. Psykiatrian erikoislääkärit tekevät suurimman osan kuntoutukseen ohjaavista lausunnoista (KELA:n vuosittain 2021).

Kuntoutuspsykoterapiaan on kohdistettu lisääntyvästi kritiikkiä. Se on kohdistunut havaittuihin ongelmiin yhdenvertaisessa saatavuudessa, palveluohjauksessa, pitkissä kuntoutukseen pääsyn viiveissä. Usein potilaan toimintakyky ei riitä psykoterapeutin löytämiseen, eikä se usein onnistu edes hyvin toimintakykyisiltä henkilöiltä. Koulutettuja psykoterapeutteja on kattavammin lähinnä pääkaupunkiseudulla, kun muualla Suomessa psykoterapeutteja on vain vähän eikä osaaminen kata kaikkia tilanteita, joissa psykoterapia voisi olla vaikuttavaa. Myös työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon tarjoaman psykoterapian on katsottu asettavan kansalaisia eriarvoiseen asemaan. Tämän rahoitusmallin sijaan on ehdotettu monikanavarahoituksen purkamista, josta kuitenkin hallituksen selonteon perusteella luovuttiin.

Viitteet

- Laukkala T., Hintikka J., Kiviniemi P., Läksy K., Oksanen J., Pohjavaara, Rasi-Hakala H., Rosenlew M., Räsänen S., Vormaa H., Väyrynen T., Haapala E., Lehtinen R., Peltonen R., Rouvinen J., Suomela-Markkanen J. (2017). Psykiatrian hyvät kuntoutuskäytännöt. [Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen](#). Hyvät kuntoutuskäytännöt vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yhteydessä. Kuntoutussäätiön työselosteita 52/2017.

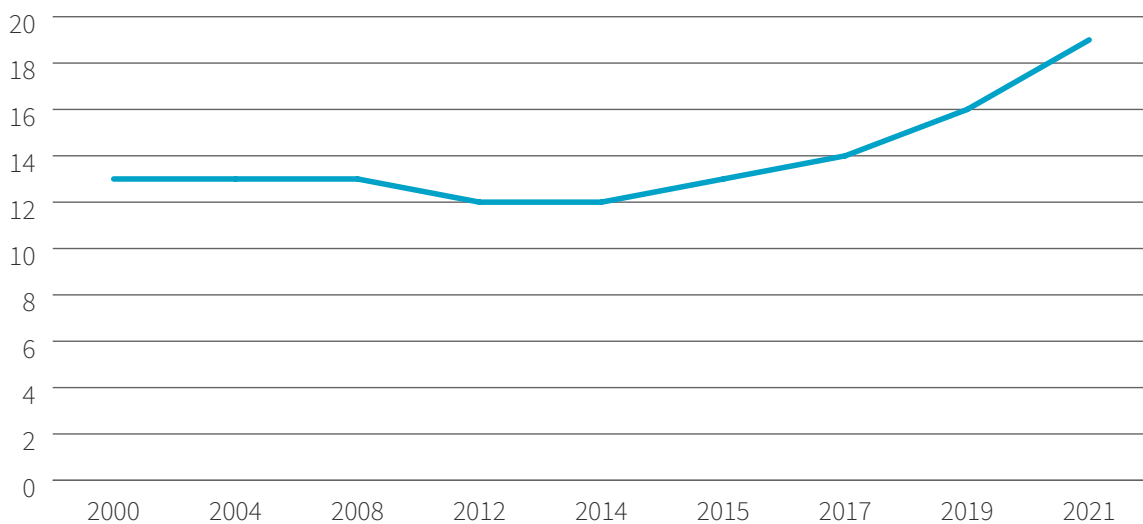
7 TYÖELÄMÄ – HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI JA OSALLISTUMINEN TYÖELÄMÄÄN

Jenni Ervasti, Jari Hakanen, Matti Joensuu, Jarno Turunen, Salla Toppinen-Tanner, Pekka Varje, Ari Väänänen

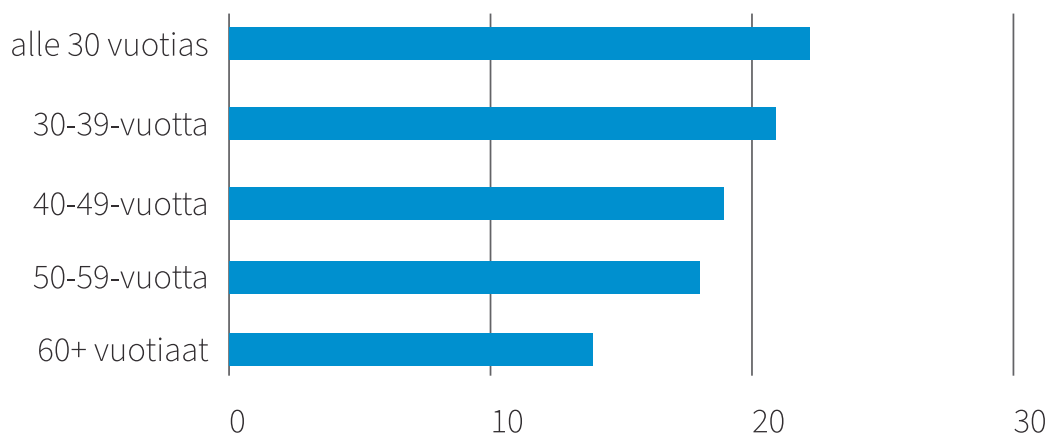
7.1 Henkilöstön hyvinvointi

Työterveyslaitos on toteuttanut seurantakyselyjä kunta-, sairaala- ja sote-organisaatioiden henkilöstölle yli 20 vuoden ajan (Kunta- ja hyvinvointialan henkilöstön seurantatutkimus).

Noin 13 000 sairaala- ja sote-organisaatioiden työntekijää vastasi viimeisimpään kyselyyn vuonna 2021. Sairaala- ja sotehenkilöstön kokema työstressi oli kasvussa, ja erityisesti sitä kokivat alle 30-vuotiaat työntekijät (kuvat 1 ja 2).



Kuva 1. Työstressiä, eli paljon työpaineita ja vain vähän työn hallintaa, raportoineiden osuus 2000–2021 (%). Lähde TTL.



Kuva 2. Työstressiä raportoineiden osuus ikäryhmittäin 2021 (%). Lähde: TTL.

Toisaalta työssä on myös voimavaratekijöitä: työn koetaan edelleen hyvin mielekkääksi (71 % vastaajista) ja myös kokemus esihenkilöiden oikeudenmukaisuudesta on hyvällä tasolla (70 %) ja siinä on selkeää myönteistä kehitystä.

7.2 Työhyvinvoinnin kehittyminen

Työhyvinvoinnin kehittymisen indikaattoreina on käytetty työn imua ja työuupumusta. Työn imulla tarkoitetaan työssä koettua, suhteellisen pysyvää aktiivista tunne- ja motivaatiotäyttymyksen tilaa, jota luonnehtivat tarmokkuuden, omistautumisen ja uppoutumisen kokemukset. Työn imu on Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan yhteydessä niin parempaan fyysiseen ja mielenterveyteen ja työn ja muun elämän yhteensovittamiseen kuin työn tuottavuuteen.

Työuupumus on kroonistunut työhyvinvoinnin häiriötila, jota luonnehtivat krooninen väsymys, henkinen etääntyminen työstä (kynnistyneisyys), kognitiivisen hallinnan häiriöt ja tunteiden hallinnan heikentyminen. Työuupumuksen seuraukset työntekijän terveydelle, työkyvylle ja työssä suoriutumiseen ovat vastakkaisia työn imun seurauksille. Työn imu ja työuupumus eivät kuitenkaan ole suoraan saman jatkumon ääripäitä. Esimerkiksi heikko työn imu ei välttämättä kerro yksioikoisesti työuupumuksesta, vaan työmotivaation katoamisesta ja työssä tylsistymisestä.

Työ- ja elinkeinoministeriön Työolobarometrissä (ks. myös luku 15.9), jonka aineisto kerättiin elokuukuussa 2021 on selvitetty palkansaajien kokemaa työn imua kolmen väittämän avulla. Innostuneisuutta työstään koki aina tai usein 59 prosenttia palkansaajista, 54 prosenttia koki aina tai usein olevansa työssään täynnä energiaa ja 53 prosenttia koki aina tai usein työhön uppoutumista. Työssään innostuneisuuden kokemuksia koki vain harvoin tai ei koskaan yhdeksän prosenttia palkansaajista. Niiden osuus, jotka harvoin tai eivät koskaan koe olevansa työssään täynnä energiaa tai olevansa täysin uppoutunut työhönsä on isompi, 13 prosenttia.

Erot eri palkansaajaryhmien välillä työn imun kokemisessa ovat Työolobarometrissä melko pieniä. Miehet ja naiset kokevat työn imua miltei yhtäläisesti, vanhemmissa ikäryhmissä, ylemmillä toimihenkilöillä ja valtiolla työskentelevillä työn imun kokemukset ovat vähän keskimääräistä yleisempiä.

Työterveyslaitoksen Miten Suomi voi? -seuranta-aineistojen (ks. myös luku 15.9) mukaan työssä olleiden työhyvinvointikokemukset ovat väestötasolla säilyneet korona-aikana suurin piirtein ennallaan verrattuna aikaan juuri ennen pandemiaa. Työn imua – tarmokkuutta, omistautumista ja nautintoa työhön uppoutumisesta – koki 57 prosenttia suomalaisista loppuvuonna 2019 ja 55 prosenttia keuhkolla 2021.

Työolobarometrin mukaan työuupumuksessa ei tapahtunut muutoksia vuosien 2019 ja 2020 välillä. Vuonna 2021 naiset, 25–44-vuotiaat, toimihenkilöt ja julkisella sektorilla työskentelevät kokivat muita enemmän työuupumusta. Krooninen väsymys, kynnistyminen ja keskittymisvaikeudet ovat oireista selvästi yleisempiä kuin tunteiden hallinnan vaikeudet.

Palkansaajista 15 prosenttia koki barometrin mukaan itsensä usein tai aina henkisesti uupuneeksi työssään. 13 prosenttia koki, ettei ole kiinnostunut eikä innostunut työstään (usein tai aina). 11 prosenttia koki, ettei usein pysty keskittymään hyvin työskennellessään (0 % vastasi aina). Sen sijaan vain kaksi prosenttia vastasi kokevansa usein, että ei pysty työssään hallitsemaan tunteitaan (0 % vastasi aina).

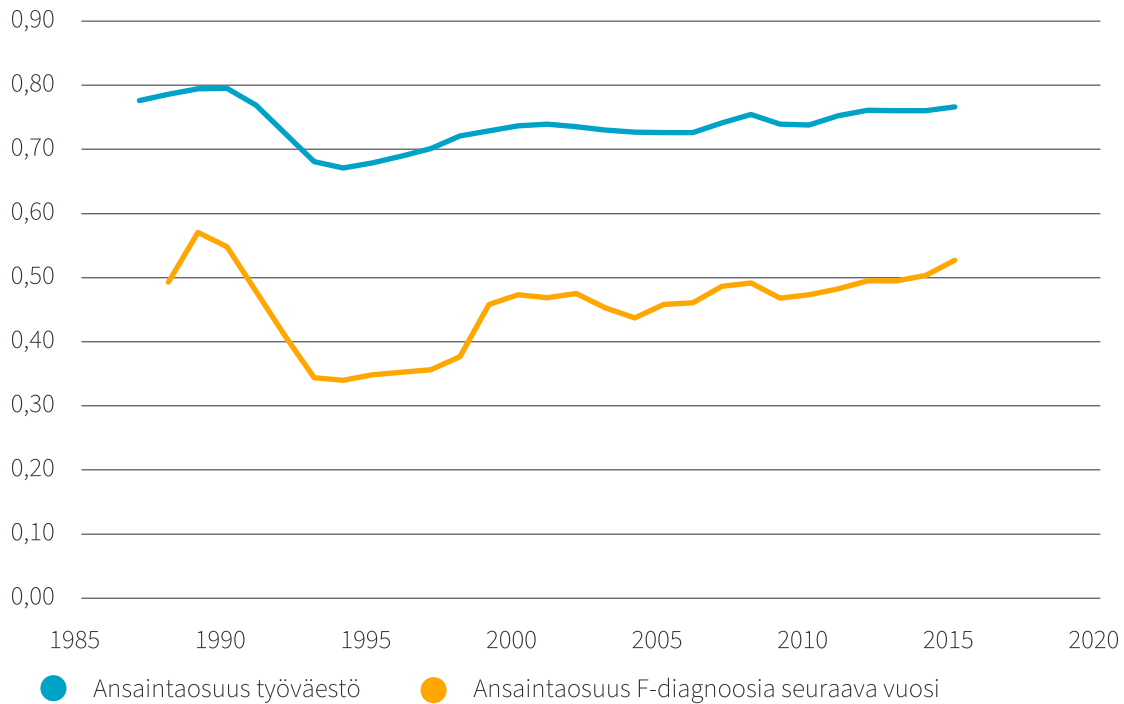
Miten Suomi voi? -seurannan mukaan demografisista ryhmistä erityisesti nuorten alle 36-vuotiaitten sekä yksin asuvien työn imu laski ja työuupumusoireilu lisääntyi tänä aikana. Viimeaikaisissa seurannoissa on näkynyt työuupumusoireiden, erityisesti kynnistyneiden työasenteiden ja kognitiivisen hallinnan häiriöiden lisääntyminen. Etä- ja lähityötä tekevät työntekijät ovat kokeneet vähemmän työuupumusta ja enemmän työn imua kuin pelkästään etä- tai lähityötä tehneet.

7.3 Työhön osallistuminen sairaala- tai osastohoitoa vaatineen mielenterveyshäiriön jälkeen

Työterveyslaitoksen Työkyvyn tila Suomessa -aineisto antaa mahdollisuuden seurata pitkällä aikavälillä työkykyä ja työhön osallistumisen trendejä erilaisissa väestöryhmissä. Työkyvyn tila Suomessa -aineisto on 90 % satunnaisotos työikäisistä 18–67-vuotiaista suomalaisista ja siinä on yhdistetty eri viranomaisten ylläpitämiä kansallisia rekisteritietoja.

Työkyvyn tila Suomessa -aineistoa ollaan parhaillaan (vuoden 2022 aikana) päivittämässä ja siihen ollaan lisäämässä tietoja muun muassa Kelan rekistereistä. Seuraavaksi esitetään esimerkinomaisesti aineiston pohjalta tuotettu yksi tarkasteluindikaattori (kuvio 1), jossa katsotaan työhön osallistumista sairaala- tai osastohoitoa vaatineen mielenterveyshäiriön jälkeen suomalaisessa väestössä vuosien 1988 ja 2015 välillä. Vertailujoukkona ovat muut työikäiset suomalaiset.

Työhön osallistumisen indikaattoria tullaan päivittämään, kun uusi rekisteriaineisto valmistuu ja tehdään indikaattorin validointia ja jatkokehittämistä muun muassa erilaisten mielenterveydestä kertovien rekisteritietojen suhteen, kuten sairauspoissaolot ja lääkeostot.



Kuvio 3. Ansaintapäivien osuus vuosittain mielenterveysdiagnoosin saaneille sekä muulle väestölle. Ansaintapäivät per 365 päivää kerrottuna sadalla. Mielenterveysdiagnoosin saaneiden ansaintapäivät on laskettu ensimmäistä mielenterveysdiagnoosia seuraavalle vuodelle. Muun väestön ansaintapäivät on laskettu vuosittain.

8 ITSEMURHAKUOLLEISUUS JA ITSETUHOISUUS

Timo Partonen

8.1 Itsemurha-ajatukset

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, johon sisältyy itsensä vahingoittaminen tai tarkoituksellinen henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Erityisesti nuorilla, mutta myös muissa ikäryhmissä, esiintyy itsensä vahingoittamista, esimerkiksi viiltelyä, myös ilman itsemurhatarkoitusta.

Henkilön itsetuhoisuus ilmenee itsemurhasta puhumisena tai muulla tavoin viestimisenä. Itsemurha-ajatus voi ilmaantua hetkellisenä tai jäsentymättömänä mielikuvana, tai se voi ilmetä pitkäaikaisena tai yksityiskohtaisena itsemurhasuunnitelmana. Kun henkilö puhuu aktiivisesti itsemurhasta, se on merkki pitkälle edenneestä itsetuhoisuudesta.

Itsemurha-ajatus ei kuitenkaan aina merkitse sitä, että henkilöllä on hoitoa vaativa mielenterveyshäiriö. Hoidon tarve on silti joka tapauksessa arvioitava, jos henkilöllä on itsemurha-ajatuksia, jotta hänelle voitaisiin antaa asianmukaista apua ajoissa.

Tietoa, miten yleisiä itsemurha-ajatuksia suomalaisilla ovat, on vasta vähän, sillä niistä ei kerry tietoa tilastoihin tai rekistereihin. Tämän takia tämä tieto on peräisin THL:n kansallisista terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksista (FinSote).

FinSoten otokseen vuosina 2017–2018 osallistuneista yli 20-vuotiaista 6,3 prosenttia vastasi, että heillä oli ollut itsemurha-ajatuksia edeltäneen 12 kuukauden aikana (Solin ym. 2019). Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneista 44 prosenttia kertoi käyttäneensä mielenterveyspalveluita edeltäneen vuoden aikana. FinSoten vuosien 2020–2021 otoksen perusteella koko aikuisväestöä tarkasteltaessa itsemurha-ajatuksia eivät olleet lisääntyneet vuodesta 2017–2018, mutta korkeakoulutetuilla naisilla itsemurha-ajatuksien havaittiin lisääntyneen 4,2 prosentista 7,4 prosenttiin (Suvisaari ym. 2021).

Väestötasolla niiden itsemurha-ajatuksia kokeneiden osuus, jotka olivat käyneet terveyspalveluissa mielenterveyteen liittyvien ongelmien takia, ei ollut kasvanut, mutta ikäryhmittäisessä tarkastelussa avun hakemisen havaittiin lisääntyneen 40–49-vuotiailla. Itsemurha-ajatuksia kokeneet naiset hakivat miehiä useammin apua ja nuoremmat useammin kuin 60–69-vuotiaat.

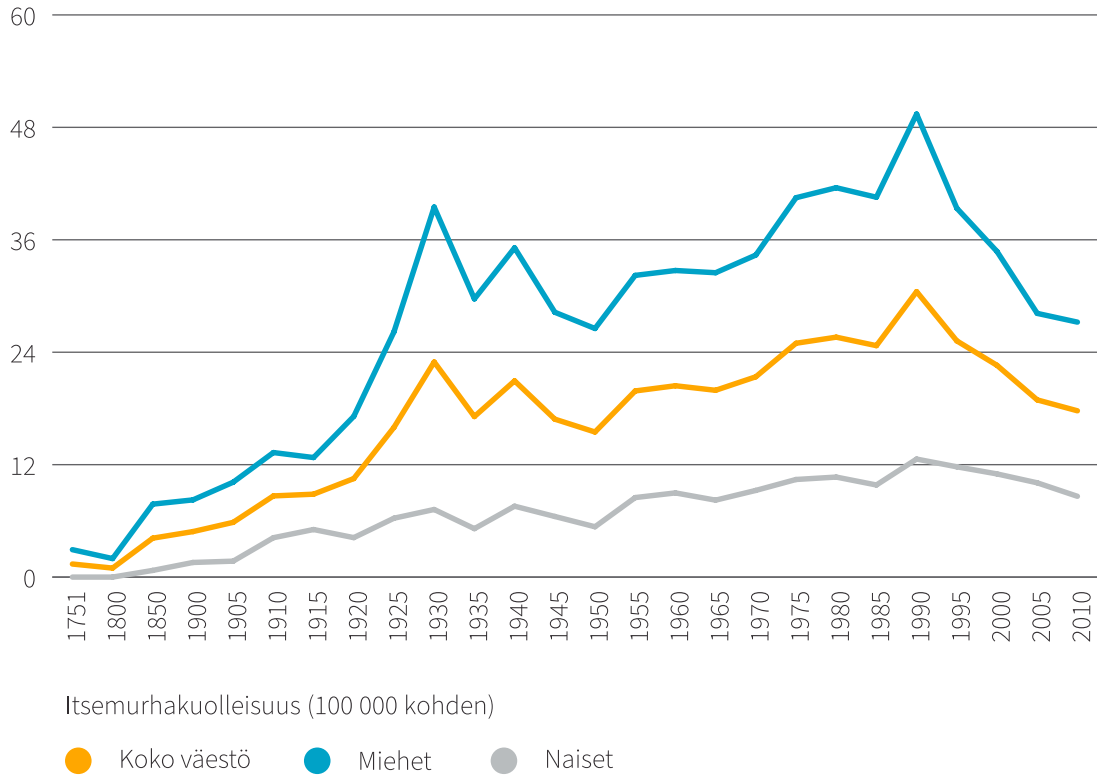
8.2 Itsemurhayritykset

Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan itsen kohdistettua vahingollista tekoa, johon liittyy ainakin jonkin asteinen kuolemantoive. Itsemurhayritystä edeltää lähes aina ajatus itsemurhasta. Itsemurhayrityksen vaara on sitä suurempi, mitä yksityiskohtaisemmaksi sen suunnittelu on edennyt, ja aikaisempi itsemurhayritys on merkittävin itsemurhakuoleman ennustetekijä. Itsemurhayritys voi johtaa kuolemaan, tai henkilö voi jäädä henkiin. Kaikki eivät hakeudu tai kaikkia ei tuoda terveydenhuoltoon itsemurhayrityksensä jälkeen saamaan apua. Itsemurhayrityksiä on itsemurhakuolemiin nähden moninkertainen määrä ja itsemurha-ajatuksia on vuorostaan paljon itsemurhayrityksiä enemmän (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022).

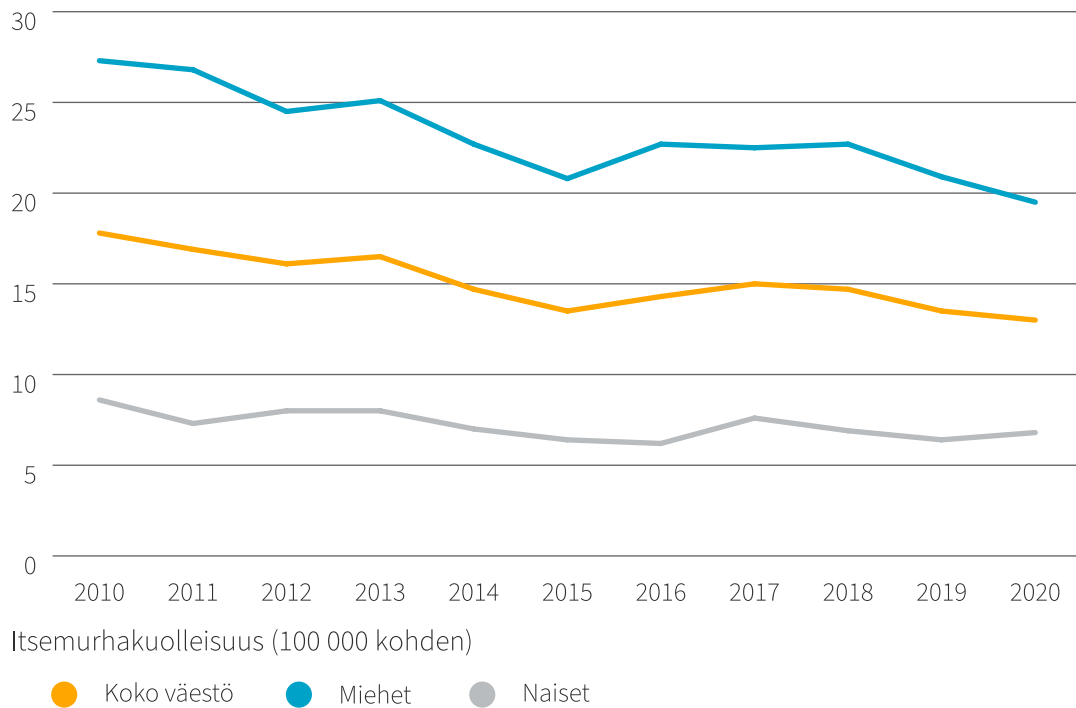
Tieto, miten yleisiä itsemurhayritykset suomalaisilla ovat, perustuu terveydenhuollon rekistereihin tehtäviin hoitoilmoituksiin. Tässä tiedossa on kuitenkin aukkoja paitsi sen vuoksi, että itsemurhayritys jää tunnistamatta, myös itsemurhaa yrittäneille annetun hoidon ja hoitojakson kirjaamisen puutteiden takia. Terveydenhuollon rekistereihin itsemurhayritykset on kirjattu vaihtelevin perustein, ja niihin ovat tulleet kirjatuiksi lähinnä sairaalahoitoa vaatineet tapaukset.

8.3 Itsemurhakuolemat

Suomessa kuolema on luokiteltu itsemurhaksi, kun se on seurausta yksilön omasta tietoisesti aloitetusta ja toteutetusta teosta, jonka hän on tiennyt johtavan tai ainakin uskonut voivan johtaa kuolemaan. Nykyisin tämän arvon tekee oikeuslääkäri käytettävissä olevien sairaskertomusten ja kuolemansyytutinnan tietojen perusteella.



Kuva 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1751–2010.



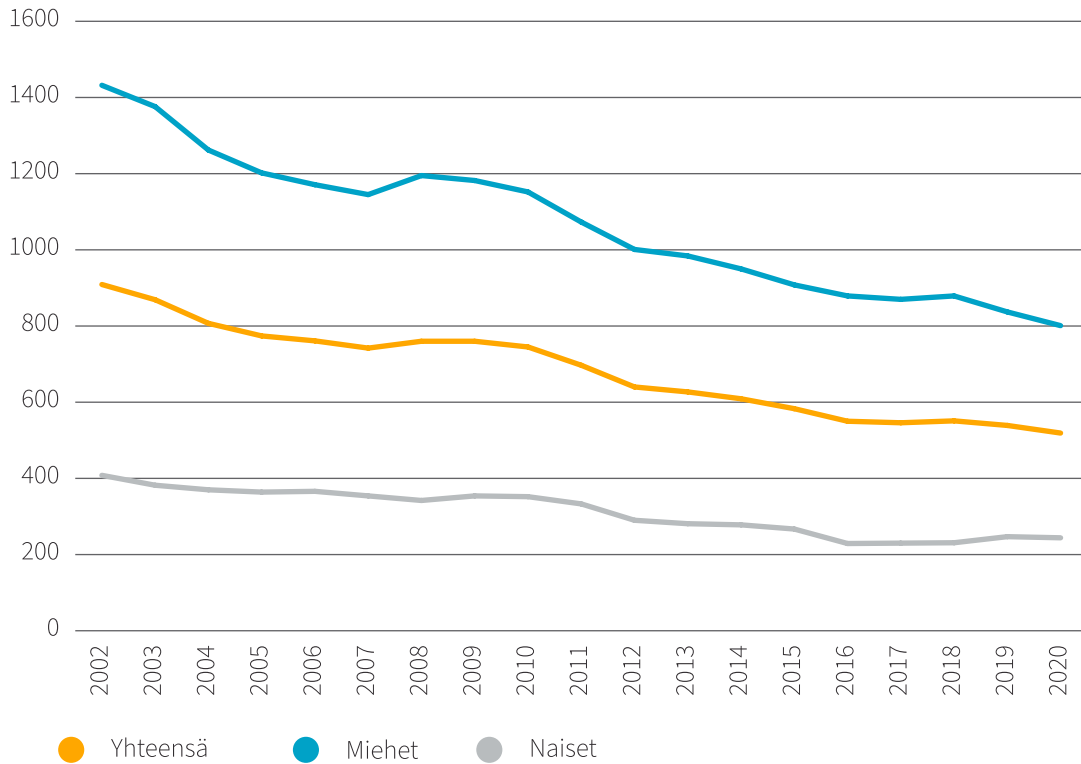
Kuva 2. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 2010–2020. Lähde: THL, Sotkanet.

Itsemurhakuolemia on Suomessa tilastoitu vuodesta 1751 lähtien. Tästä muodostuu pisin katkeamaton itsemurhakuolemien tilasto maailmassa. Kuva 1 esittää itsemurhakuolleisuuden Suomessa vuosina 1751–2010 ja kuva 2 vuosina 2010–2020. Itsemurhakuolleisuus on Suomessa pienentynyt huomattavasti vuoden 1990 jälkeen: vuoden 2020 päätteeksi 58 prosentilla, miehillä 63 prosentilla ja naisilla 47 prosentilla. Myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin (1986–1996) aikana (Hiltunen ym. 2009).

Sitä edelsi 1970-luvulla itsemurhakuolemien estämisen tarpeesta herännyt laaja yhteiskunnallinen keskustelu. Tämä aihe on jälleen ajankohtainen, sillä vaikka itsemurhakuolleisuus on maassamme 30 vuoden aikana pienentynyt kaikissa ikäryhmissä ja nykyisin EU-maiden keskitasolla, se on yhä suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Nuorten itsemurhakuolemien estämiseksi on toimenpiteitä Suomessa tehostettava etenkin 15–19-vuotiaiden ikäryhmälle.

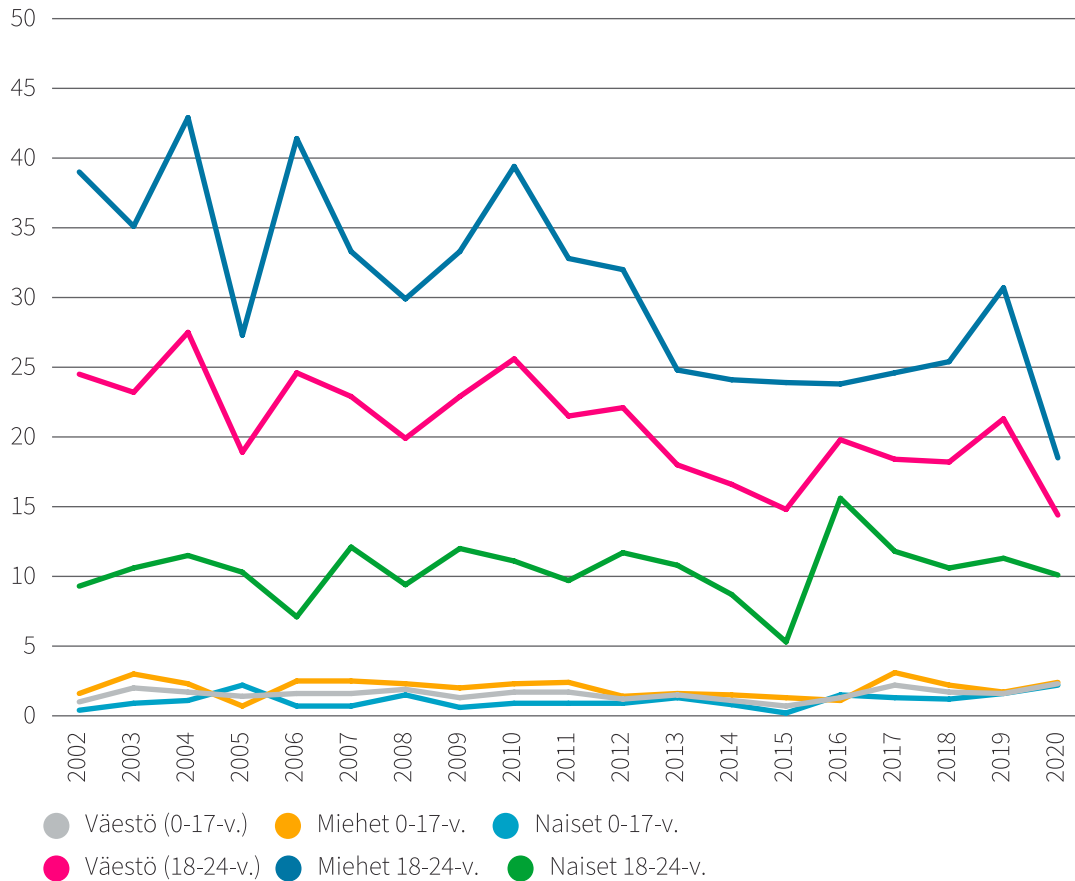
Tästä myönteisestä seikasta huolimatta on syytä muistaa, että itsemurhakuolleisuus on maassamme edelleen verraten suuri. Itsemurhakuolleisuuden voi olettaa myös Suomessa suurenevan vähitellen väestömäärän kasvun tai väestöpohjan muutosten takia ja äkillisemmin, jos itsemurhien nykyiset ehkäisykeinot menettävät vaikuttavuuttaan. Tämä oli yksi perusteista uuden valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin aloittamiselle vuonna 2020. Se liitettiin osaksi kansallista mielenterveysstrategiaa ja nimettiin itsemurhien ehkäisyohjelmaksi (Vorma ym. 2020). Vuonna 2020 itsemurhakuolleisuus Suomessa oli 13,0 (100 000 kohden), miehillä 19,6 ja naisilla 6,8. Nämä luvut ovat vuoteen 2030 asti ulottuvan itsemurhien ehkäisyohjelman seurannan lähtökohta.

Vaikka itsemurhakuolleisuus on ollut pääosin laskusuuntaista Suomessa, osassa Euroopan maista se on samaan aikaan lisääntynyt, eikä myönteisen kehityksen voida edellyttää jatkuvan Suomessa ilman aktiivisia toimenpiteitä itsemurhien estämiseksi. Itsemurhakuolemien lukumäärä kasvaa iän karttuessa monessa eurooppalaisessa yhteiskunnassa, selvimmin Keski-Euroopan ja Etelä-Euroopan maissa niin miesten kuin naisten osalta (Holopainen ym. 2014). Suomi ja muut Pohjoismaat kuitenkin poikkeavat tästä määrän ollessa laskusuuntainen (Holopainen ym. 2015).



Kuva 3. Itsemurhakuolemien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuosina 2002–2020 (100 000 kohden).
Lähde: THL, Sotkanet.

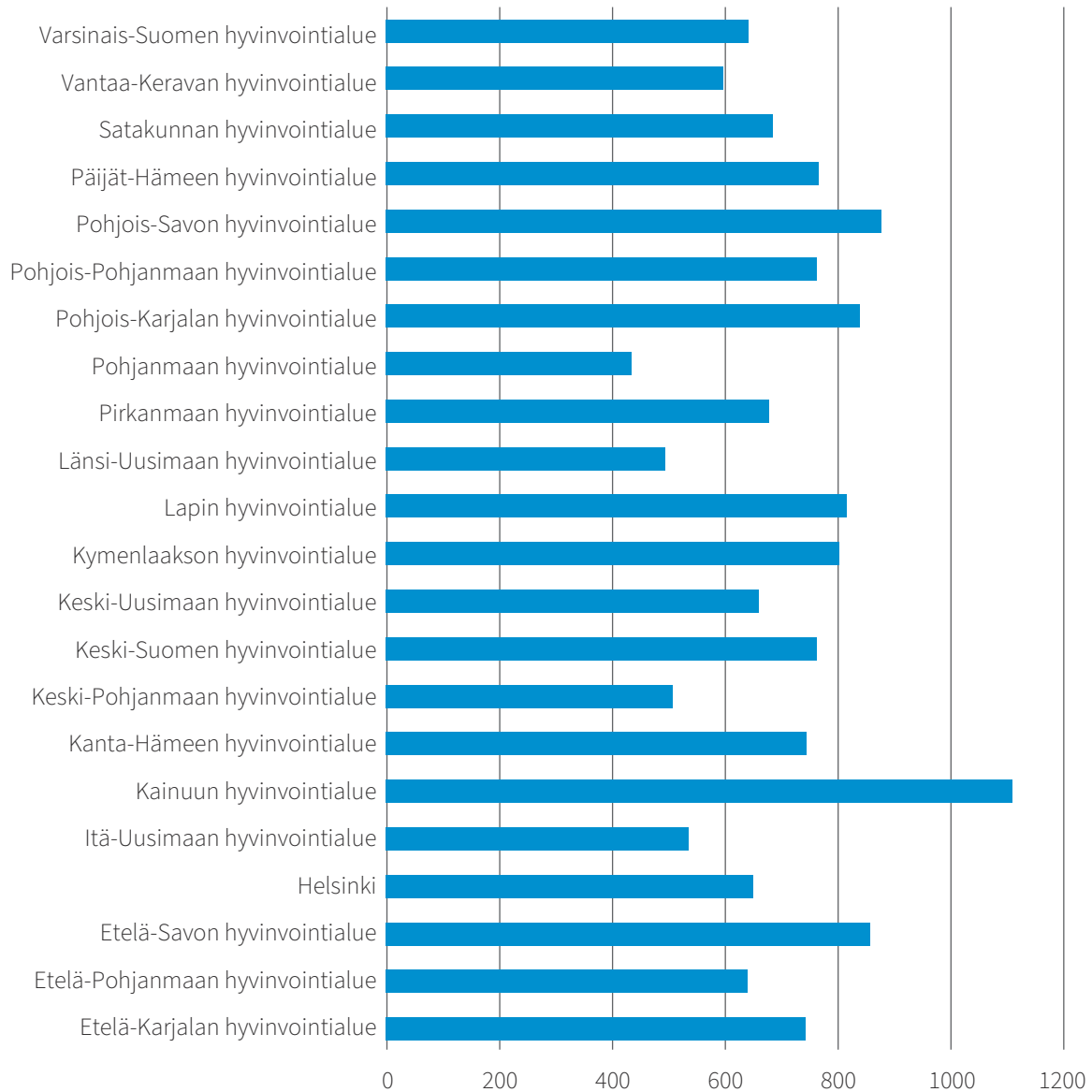
Suomessa tämä poikkeama näkyy myös itsemurhakuolemien vuoksi menetetyistä elinvuosien lukumäärästä (100 000 vastaavan ikäistä kohden). Se mittaa ennen aikaista kuolleisuutta korostaen nuorella iällä tapahtuneiden kuolemien merkitystä. Kuva 3 esittää itsemurhakuolemien takia menetetyt elinvuodet Suomessa vuosina 2002–2020. Nämä menetetyt elinvuodet on laskettu 25–80-vuotiaille suomalaisille, joten paitsi heitä nuoremmat myös heitä vanhemmat jäävät tältä osin tilastokatveeseen. Jotta näkisimme nuorten itsemurhakuolemista kokonaiskuvan, itsemurhakuolleisuus (100 000 vastaavan ikäistä kohden) alle 25-vuotiailla Suomessa on esitetty kuvassa 4 vuosille 2002–2020.



Kuva 4. Itsemurhakuolleisuus alle 25-vuotiailla Suomessa vuosina 2002-2020 (100 000 kohden). Lähde: THL, Sotkanet.

Itsemurhien ehkäisyohjelman taustoitukseksi analysoitiin 2400 itsemurhakuolemaa THL:n oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä vuosilta 2016–2018 (Partonen ym. 2020). Sen mukaan yleisimmät itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneet sairaudet olivat alkoholin käytön aiheuttamat aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt sekä masennushäiriöt. Molemmat näistä tautiryhmistä olivat merkittävästi myötävaikuttaneet noin joka neljanteen itsemurhakuolemaan. Tarkasteltaessa itsemurhaan kuolleiden viimeistä käyntiä terveydenhuollossa selvisi, että 66 prosenttia oli käynyt terveydenhuollossa viimeisen kuukauden aikana, 46 prosenttia viimeisen viikon kuluessa ja 21 prosenttia itsemurhapäivänään (Partonen ym. 2022a).

Itsemurhakuolleisuudessa on Suomessa pitkään ollut suuria alueellisia eroja, jotka koskevat niin miehiä kuin naisia, mikä oli edelleen havaittavissa samanlaisena kuin edeltäneiden 30 vuoden aikana (Partonen ym. 2003), kun tarkasteltiin itsemurhakuolemia niin vuosina 2016–2018 (Partonen ym. 2020) kuin vuosina 2016–2021 (Partonen ym. 2022b). Se ilmenee selvästi myös itsemurhakuolemien takia menetetyissä elinvuosissa. Alueellinen tarkastelu on siten tärkeä osa itsemurhien ehkäisyohjelman seuranta. Kuva 5 esittää itsemurhakuolemien takia keskimäärin menetetyt elinvuodet Suomessa vuosina 2002–2020 hyvinvointialueittain.



Kuva 5. Itsemurhakuolemien takia menetetyt elinvuodet Suomessa hyvinvointialueittain (100 000 kohden, keskiarvo vuosilta 2002-2020).

Viitteet

- Hiltunen L., Partonen T., Haukka J., Lönnqvist J. (2009). [Itsemurhakuolleisuuden käännekohdat Suomessa 1947–2006](#). Duodecim 125, 1802–1806.
- Holopainen J., Helama S., Partonen T. (2014). [Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa](#). Duodecim 130, 1536–1544.
- Holopainen J., Helama S., Partonen T. (2015). [Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa](#). Suom Lääkäril 70, 1983–1989.
- Partonen T., Haukka J., Lönnqvist J. (2003). [Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001](#). Duodecim 119, 1827–1834.
- Partonen T., Eklin A., Grainger M., Kauppila R., Suvisaari J., Virtanen A. (2020). [Itsemurhat Suomessa 2016–2018: oikeuslääketieteellinen tutkimus](#). Raportti 3/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla osoitteesta julkari.fi
- Partonen T., Grainger M., Kiviruusu O., Suvisaari J. (2022a). [Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018](#). Duodecim 138, 345–352.
- Partonen, Timo, Kiviruusu, Olli, Grainger, Marjut, Eklin, Aki ja Suvisaari, Jaana (2022b). [Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021](#). Tutkimuksesta tiiviisti 47/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Solin P., Suvisaari J., Viertiö S. (2019). [Itsemurha-ajatukset, mielenterveysoireet ja terveyspalveluiden käyttö ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2017–2018: alueellinen tarkastelu](#). Tutkimuksesta tiiviisti 35/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla osoitteesta julkari.fi
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2022). [Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito](#). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Saatavilla internetissä osoitteesta www.kaypahoito.fi
- Suvisaari J., Appelqvist-Schmidlechner K., Solin P., Partonen T., Parikka S., Koskela T., Ikonen J. (2021). [Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin: FinSote 2020](#). Tutkimuksesta tiiviisti 42/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Vorma H., Rotko T., Larivaara M., Kosloff A. (toim.) 2020: [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. STM, Helsinki.

9 STIGMAN ILMENEMINEN YHTEISKUNNASSA JA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

Päivi Rissanen ja Matti Kaivosoja

9.1 Mitä stigma on?

Yksi kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2020–2030 pääteemoista on ”mielenterveysoikeudet”. Tällä halutaan parantaa mielenterveyden häiriöitä kokevien ihmisten oikeuksia hyvään ja vaikuttavaan hoitoon sekä laajasti yhteiskunnassa. Tavoitteena on tukea mielenterveys- sekä päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastaista työtä. Tavoitteen toteutuminen edellyttää määrätietoista paneutumista stigman ja syrjinnän kysymyksiin, väestön asenteiden ja syrjinnän kokemuksen seurantaan sekä stigmasta ja syrjinnästä aiheutuvien haittojen poistamista.

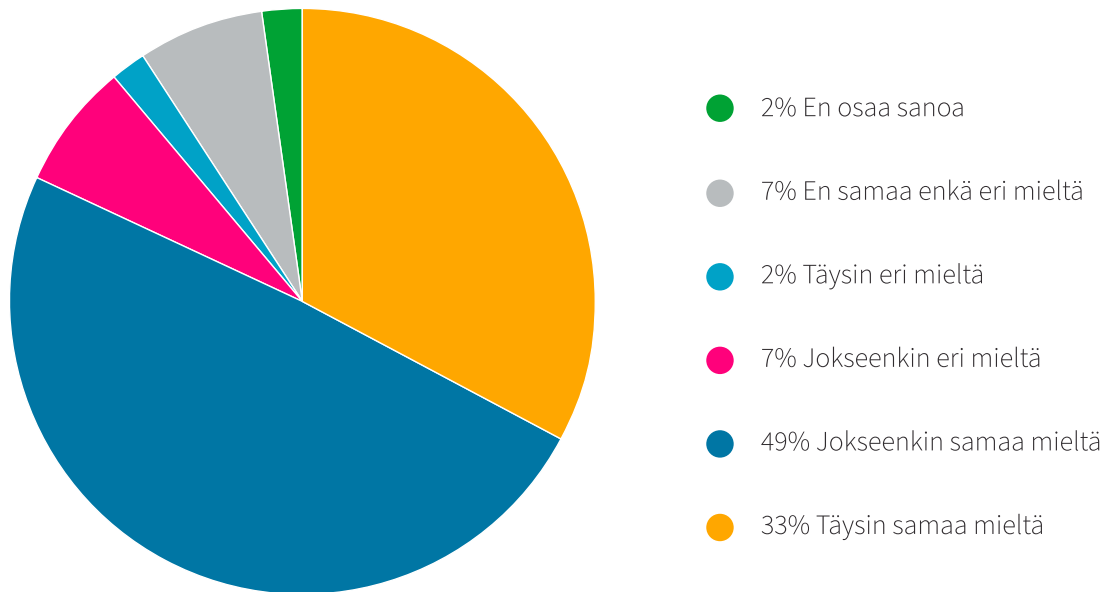
Stigma määritellään usein stigmatisoituun ryhmään liitettyiksi negatiivisiksi ominaisuuksiksi. Stigmatisoituja pidetään vaarallisina, epämieluisina, poikkeavina, moraaliltaan heikkoina ja heidän kohtamistaan vältellään (Link & Phelan 2001.) Toinen näkökulma stigmaan on tarkastella sitä yksilön tapana määritellä toisia ihmisiä. Tällöin stigma tarkoittaa ennakkoluuloja, stereotyyppistä ajattelua ja tiedon puutetta, ei stigmatoidun yksilön tai ryhmän ominaisuuksia (Thornicroft ym. 2007). Jälkimmäinen näkökulma tarjoaa mahdollisuuden syrjinnän ja leimautumisen vastaiselle työlle.

Stigmaa tarkastellaan usein sosiaalisen etäisyyden kautta: mitä vahvempi stigma ihmisryhmään liittyy, sitä vähemmän heidän kanssaan halutaan olla vuorovaikutuksessa (Corrigan ym. 2007). Mielenterveys- ja päihdehäiriöihin sairastuneisiin liittyvä stigma tarkoittaa halua pitää sosiaalista etäisyyttä heihin, empatian ja auttamishalun puuttumista sekä syrjintää asumisessa, työelämässä ja terveydenhuollossa. Tällä on monenlaisia kielteisiä seurauksia ihmisten identiteettiin ja elämään, kuten toivottomuuden tunteiden lisääntyminen, sosiaalisista suhteista eristäytyminen ja itsetunnon heikkeneminen. (Corbière ym. 2011.)

9.2 Mielenterveysbarometri mittaa stigman ilmenemistä

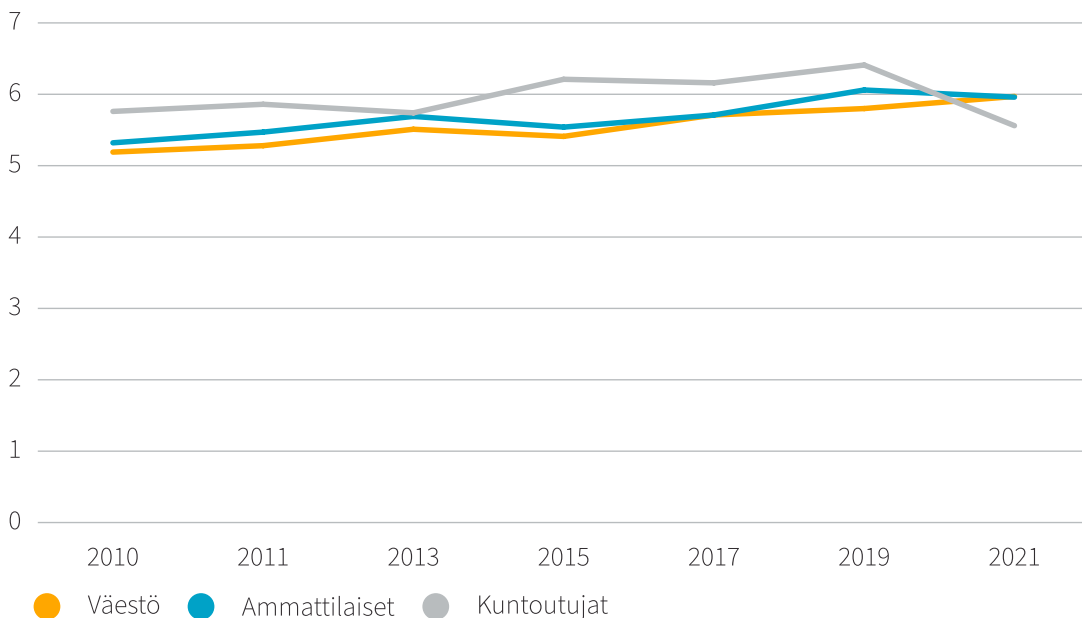
Suomalainen väestön suhtautuminen vaihtelee erilaisten mielenterveyden- ja päihdehäiriöihin kohdalla. Tarkastelemme tässä stigmaa muun muassa sosiaalisen etäisyyden käsitteen avulla, eli ketä suomalaiset eivät haluaisi naapuriinsa asumaan. Voimakkain stigma kohdistuu huumeita käyttäviin ihmisiin, joita neljä viidestä suomalaisesta (80 %) ei halua naapurikseen. Alkoholiriippuvuutta sairastavaan (johon barometrissa viitataan sanalla alkoholisti) suhtaudutaan huumeausaineita käyttäviä ihmisiä myönteisemmin. Mutta heitäkään ei halua naapuriinsa yli puolet (55 %) suomalaisista. (Mielenterveysbarometri 2021.)

Mielenterveyskuntoutujiin suhtaudutaan barometrin mukaan suopeimmin, heidänkään naapurikseen ei halua 17 prosenttia väestöstä. Noin joka kymmenes suomalainen kokee mielenterveysongelmia sairastavien kohtaamisen epämieliseksi tai pelottavaksi, mikä kertonee toiveesta välttää vuorovaikutusta heidän kanssaan. Suurin osa mielenterveysongelmia kokeneista ihmisistä oli itse sitä mieltä, että mielenterveysongelmat leimaavat nykypäivänäkin (kuviot 1). (Mielenterveysbarometri 2021.)



Kuvio 1. Mielenterveysongelmat leimaavat nykypäivänäkin. Vastaajana 310 ihmistä, jolla on omakohtainen kokemus mielenterveysongelmasta. Lähde: Mielenterveysbarometri

Mielenterveyshäiriöihin liittyvä stigma on Mielenterveysbarometri-seurannan perusteella vähentynyt viime vuosikymmenen aikana. Asenteiden muutos ei kuitenkaan ole konkretisoitunut mielenterveyshäiriötä sairastavien arjessa. He kokevat syrjintää enemmän kuin väestön asenteiden muutoksen perusteella olisi syytä odottaa. Vuonna 2021 he arvioivat – ensimmäistä kertaa barometriseurannan aikana – asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa heikommaksi kuin sen arvioivat psykiatrit, psykologit ja väestö (kuvio 2) (Kaivosoja & Rissanen 2022)



Kuvio 2. Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallinen asema suomalaisessa yhteiskunnassa vuosina 2011–2021 kuntoutujien, ammattilaisten (psykiatrit ja psykologit) sekä suomalaisen väestön arvioimana (kPa) (Asteikko: 1= täysin yhteiskunnan ulkopuolella - 10= hyväksytään täysin yhteiskunnan jäseneksi). Lähde: Mielenterveyden keskusliiton Mielenterveysbarometrikyselyt vuosilta 2011–2021. Vuonna 2011 kyselyyn vastasi 284 mielenterveyskuntoutujaa, 497 ammattilaista, 1104 suomalaista. Vuonna 2021 kyselyyn vastasi 310 kuntoutujaa, 659 ammattilaista ja 2231 suomalaista.

9.3 Syrjintä ja stigma sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveyspalveluissa syrjintä voi näkyä hoidon ja palvelujen saamisen vaikeuksina, epäoikeudenmukaisena kohteluna, stereotyyppisenä suhtautumisena psyykkisesti sairastuneisiin tai ennakkoluulona toipumisen epätodennäköisyydestä. Nämä kokemukset voivat vaikeuttaa mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyä tai viivästyttää avun ja hoidon saamista sekä niihin sitoutumista (Grönholm ym. 2017). Leima voi myös pahentaa mielenterveys- ja päihdeongelmia, esimerkiksi lisäämällä masennusta, itsetuhoisuutta ja päihteiden käyttöä. (Miglietta ym. 2018; Thornicroft ym. 2007.)

Riittämätön psykiatrinen hoito voi heikentää somaattisen hoidon toteutumista, mikä voidaan liittää vakavia psykiatrisia sairauksia sairastavien jopa kymmenen vuotta muuta väestöä lyhempään elinajan odotteeseen (Tiihonen ym. 2009). Eroa eivät selitä itsemurhakuolleisuus eivätkä elintavat vaan se, että esimerkiksi skitsofreniaa sairastavien somaattisten sairauksien hoito toteutuu muuta väestöä heikommin (Suvisaari ym. 2019). Hyvä hoito on syrjinnän ja stigman poistamisen kulmakivi. Maailman terveysjärjestö WHO:n (2005) raportin mukaan hoidossa tapahtuneet muutokset ovat parantaneet kuntoutujien elinoloja ja elämänlaatua useissa Euroopan maissa.

Psykiatriset palvelut integroitiin muuhun erikoissairaanhoidon 1990-luvun alussa, mitä perusteltiin tarpeella purkaa mielenterveyshäiriöitä stigmatisoiva hallintorakenne. Tämä ei ole poistanut psykiatrisiin palveluihin liittyvää eriarvoisuutta. Vastakkainen kehitys alkoi samanaikaisesti, ainakin osaksi 1990-luvun taloudellisen laman vaikutuksesta. Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentämisestä vapautuneita resursseja siirrettiin vain osittain psykiatriseen avohoitoon ja mielenterveyden osuus terveydenhuollon rahoituksesta aleni.

Kehityssuunta terveydenhuollon rahoituksessa on jatkunut 2000-luvulla. Vuonna 2000 psykiatrian osuus erikoissairaanhoidon menoista oli 16,8 prosenttia, vuonna 2019 vain 11,1 prosenttia. Myös mielenterveyspalveluiden osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on pienentynyt 5,5 prosentista 4,7 prosenttiin (THL). Tämä kehitys ei heijasta poliittisessa keskustelussa ollutta tavoitetta eikä tietoja väestön tarpeista, sillä mielenterveysongelmien aiheuttamat sairauslomat ja nuorten aikuisten työkyvyttömyyseläköityminen ovat samanaikaisesti lisääntyneet (Laaksonen ym. 2021).

WHO:n vertailun mukaan kehittyneet ja korkean tuottavuuden maat käyttävät suhteellisesti suuremman osuuden terveydenhuollon rahoituksesta mielenterveyspalveluihin. Bruttokansantuotteen perusteella Suomen odottaisi käyttävän mielenterveyspalveluihin noin 7,5 prosenttia terveydenhuoltomenoista. Vertailussa Suomi rinnastuu maihin, joissa bruttokansantuote on noin puolet Suomen tasosta (World Health Organization 2021, Kaivosoja ja Rissanen 2022).

Hyvinvointialueiden ensimmäisten vaalien kampanjoinnissa kaikki puolueet nostivat esille mielenterveyden kysymykset. On kuitenkin mahdotonta arvioida, miten tämä tulee vaikuttamaan ja konkretisoitumaan hyvinvointialueiden talousarvioissa ja toiminnan linjauksissa.

9.4 Kohti yhtäläisiä oikeuksia

Vielä yleinen asenteiden muutos ja lisääntynyt keskustelu mielenterveydestä ja palveluista ei ole konkretisoitunut mielenterveyspalvelujen rahoituksen lisääntymisenä eikä mielenterveyshäiriötä sairastavien arjessa tai kokemuksissa. (Kaivosoja & Rissanen 2022)

Yhdenvertaisuuden saavuttaminen ja syrjinnän poistaminen edellyttää tosiasioiden tunnistamista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vaikka psykiatriseen sairastavuuteen liittyvä ennenaikainen kuolleisuus on tilastollisesti tunnettu jo kauan, tieto ei ole johtanut korjaaviin toimenpiteisiin. Tämä on esimerkki vaikeisiin mielenterveyden häiriöihin liittyvästä toivottomuudesta ja rakenteellisesta syrjinnästä. Yhdenvertaisuuden toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa, että myös ihmisillä, jolla on

vaikea psyykinen sairaus tai kommunikaatiovaikeuksia, on mahdollisuus yksilölliseen ja turvalliseen asiointiin, jossa heidän esteensä otetaan huomioon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitava rakenne voi parantaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen sujuvuutta ja toimivuutta. Palvelujen uudistaminen hyvinvointialueilla tarjoaa myös mahdollisuuden vähentää palvelujen käyttäjien kokemaa syrjintää. Tämä edellyttää hyvinvointialueilta mielenterveysstrategian toisen pääteeman, hyvän mielenterveysjohtamisen, toteutumista sekä alueiden omissa organisaatioissa että niiden yhdyspintaverkostoissa.

Kansallisen mielenterveysstrategian teemaa ”mielenterveysoikeudet” ei siis voi toteuttaa ainoastaan varomalla loukkaamasta yksilöiden perusoikeuksia. Oikeuksien toteutumiseen tarvitaan aktiivista yhteistyötä ja toimia kuntien, hyvinvointialueiden, valtiohallan, järjestöjen ja työelämän toimijoiden kanssa. (Kaivosoja & Rissanen 2022). Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvän syrjinnän ja stigman poistaminen edellyttää siihen keskittyvää hanketta tai erillistä rahoitusta tulevaisuuden hallitusohjelmissa.

Viitteet

Corbière M., Zaniboni S., Lecomte T., Bond G., Gilles P-Y., Lesage A., Goldner E. (2011). [Job Acquisition for People with Severe Mental Illness Enrolled in Supported Employment Programs: A Theoretically Grounded Empirical Study](#). Journal of Occupational Rehabilitation, 21(3), 342–354. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9315-3>

Gronholm P., Thornicroft G., Laurens K., Evans-Lacko S. (2017). [Mental Health-Related Stigma and Pathways to Care for People at Risk of Psychotic Disorders or Experiencing First-Episode Psychosis: a Systematic Review](#). Psychological medicine 47, 11: 1867–1879.

Kaivosoja Matti ja Rissanen Päivi (2022). [Mielenterveyshäiriöihin liittyvät asenteet muuttuneet myönteisemmiksi - asenteiden muutos ei yksinään poista syrjintää](#). Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16737>

Laaksonen Mikko., Blomgren J., Perhoniemi R. (2021). [Mielenterveyssyistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä](#). Suomen Lääkärilehti, 76(36), 1889–1893.

Link Bruce G ja Phelan Jo C (2001). [Conceptualizing Stigma](#). Annual Review of Sociology, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

[Mielenterveysbarometri](#): <https://www.mtkl.fi/toimintamme/julkaisut/mielenterveysbarometri-2021/> [luettu 5.5.2022]

Miglietta E., Petherlini S., Bonetto C., Comacchio C., Cristofalo D., Giacco D., Nicaise P., Pfenning A., Priebe S., Ruggeri M., Lasalvia A. (2018). [Perceived discrimination in health care settings against people with mental disorders in five European countries](#). Findings from the COFI project. Journal of Psychosomatic Research, 109, 119–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.102>

Suvisaari J., Eskelinen S., Keinänen J., Sailas E. (2019) [Miten parantaa skitsofreniaa sairastavien vakavien somaattisten sairauksien hoitotuloksia?](#) Duodecim 135: 1993–1994.

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Suomen virallinen tilasto \(SVT\): Terveystieteiden tutkimuskeskus \(THL\) - Tilastokeskus.fi/til/thkura/index.html](#). <https://www.tilastokeskus.fi/til/thkura/index.html>

Thornicroft G., Rose D., Kassam A., Sartorius N. (2007). [Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination?](#) British Journal of Psychiatry, 190(3), 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>

Tiihonen J., Lönnqvist J., Wahlbeck K., Klaukka T., Niskanen L., Tanskanen A., Haukka J. (2009). [11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study \(FIN11 study\)](#). The Lancet (British Edition), 374(9690), 620–627. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60742-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60742-X)

WHO (2005) European Ministerial Conference on Mental Health. [Mental health facing the challenges, building solutions](#). Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). [Mental Health Atlas 2020](#). World Health Organization.

10 MIELENTERVEYSSTRATEGIAN TOIMEENPANO JA TUOTOKSET

10.1 Mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa -hankkeet

Mielenterveys on ihmisen ja yhteiskunnan inhimillistä pääomaa. Sanna Marinin hallitusohjelmassa tätä pääomaa pyrittiin kasvattamaan lisäämällä mielenterveysosaamista. Mielenterveysstrategian ensimmäisen rahoituskauden valtionavustuksilla tuettiin mielenterveysstrategian painopisteiden ”mielenterveys pääomana” ja ”hyvä mielenterveysjohtaminen” tavoitteiden saavuttamista.

Rahoitettavilla hankkeilla lisättiin tietoa ja ymmärrystä mielenterveydestä voimavarana ja terveyden osa-alueena, mielenterveyden suoja- ja riskitekijöistä sekä keinoista vahvistaa mielenterveyttä sekä tietämystä mielenterveyden häiriöistä sekä niiden hoitomahdollisuuksista ja mielenterveyspalveluista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuki hankkeiden toimintaa järjestämällä koulutustilaisuuksia ja verkostotapaamisia, kokoamalla ja julkaisemalla toimeenpanon kannalta keskeistä tietoa, viestimällä laajasti eri aihealueista ja tuottamalla erilaisia tukimateriaaleja. Hankkeet saivat lisäksi paljon hankekohtaista kohdennettua tukea ja käytännön ohjausta.

Mielenterveysstrategiaa ja Itsemurhien ehkäisyohjelmaa toimeenpanevien valtionavustushankkeiden tuotokset raportoidaan tässä raportissa toimintamallikuvauksina. Kuvaus on tiivis ja selkeä esitys hankkeen päätuotoksesta. Hankkeet tuottavat myös loppuraportin, jossa raportoidaan esimerkiksi kohdattujen asiakkaiden määrät yms.

Mielenterveysstrategian hankkeet ovat tehneet yhdestä toimintamallistaan kuvauksen, jotka esitellään seuraavilla sivuilla.

Hankkeiden tekemät kuvaukset päätuotoksestaan

Yhdistyskenttä ammattilaisen ja asiakkaan tukena -koulutus ja toimintamalli

Tavoitteet

1. Avata sote-ammattilaisille erilaisten yhdistysten toimintaa ja toimintaperiaatteita.
2. Rohkaista ammattilaisia ohjaamaan asiakkaitaan yhdistysten toimintoihin.
3. Lisätä ja synnyttää työparityöskentelyä.

Kohderyhmä

Kaikki sote-alan ammattilaiset, erityisesti asiakastyössä sote-keskuksissa työskentelevät ammattilaiset.

Toimintamallin kuvaus

Sote-ammattilaisille räätälöity koulutuskokonaisuus sisältää kaksi erilaista moduulia:

- 1) Verkkokoulutus, joka on tarjolla koko Siun soten henkilöstölle. Koulutus kestää noin tunnin. Sen voi suorittaa itsenäisesti ja siitä saa erillisen suoritusmerkinnän. Koulutus sisältää tietoa siitä, miten yhdistykset toimivat ja miten toiminnan piiriin voi ohjata asiakkaita sekä tietoa mistä yhdistyksiä voi etsiä (kuten Jelli.fi tai Lähellä.fi -sivustot). Koulutuksessa saa myös käytännön esimerkkejä ja vinkkejä oman työn tueksi. Verkkokoulutus löytyy myös Innokylästä ja Pohjois-


Karjalan Sosiaaliturvayhdistyksen sivuilta kaikille saavutettavana koulutuksena (ilman suoritusmerkinnän mahdollisuutta).

- 2) Alueelliset koulutukset, joissa ARMI-hanke kertoo tarkemmin alueella toimivista yhdistyksistä ja käydään läpi paikallisten yhdistysten tarjoamia mahdollisuuksia syvällisemmin. Koulutus kestää noin tunnin. Vaihtoehtoisesti ammattilainen voi etsiä ja tutustua itsenäisesti alueen yhdistyksiin Lähellä.fi sivuston avulla.


Kuva: ARMI-hankkeen toimintamallissa ammattilainen tuo asiakastilanteessa esiin yhdistyskentän eri toimintoja.

Hoitopolku vie yhdistyskentälle

- 1. Sote-ammattilainen kuulee koulutuksesta**
- 2. Ammattilainen järjestää itselleen noin tunnin aikaa verkkokoulutuksen suorittamiseen**
- 3. Ammattilainen osallistuu alueelliseen koulutukseen tai tutustuu alueen yhdistyksiin itsenäisesti (Lähellä.fi)**



- 6. Asiakas jatkaa yhdistyksen toiminnassa**
→ työparityöskentely
- 5. Mennään yhdessä tutustumaan yhdistykseen**
- 4. Asiakastilanteessa ammattilainen tuo esiin asiakkaalle yhdistyskentän eri toimintoja, mietitään yhdessä vaihtoehtoja**


 Pohjois-Karjalan
Sosiaaliturvayhdistys ry

www.pksotu.fi

Haasteet ja ratkaisut

Sote-ammattilaisten työn kiire ja kuormittavuus sekä kilpailu ajasta. Vaatii sitkeää tiedottamista, markkinointia ja puskaradion tuomaa hyvää palautetta. Käytännön esimerkit, onnistumiset ja konkreettiset mallit auttavat eteenpäin.

Lisätiedot:

- <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/jarjestokentta-ammattilaisen-ja-asiakkaan-tukena-koulutus>
- Toimintamallin kehittäjät: ARMI- hanke, Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry, Kotikarta noyhdistys ry, Siun sote, Tulevaisuuden sotekeskus-hanke
- Toiminta-alue, jossa mallia kokeiltu: Pohjois-Karjala.

Hyvinvointilähetemalli

Tavoitteet

Toimintamallin tarkoituksena on tukea ihmistä elämän eri vaiheissa ja haasteissa. Tarkoitus on toimia laadukkaana sekä matalan kynnyksen palvelun lisänä ammattilaisten tarjoamille palveluille. Tavoitteena on antaa jokaiselle mahdollisuus kokea osallisuutta ja yhteisöllisyyttä omassa elämässään ja asuin-kunnassaan.

Kohderyhmät

Työikäiset kuntalaiset, joilla on haasteita elämänhallinnassa, yksinäisyyttä tai esimerkiksi vaikeuksia aloittaa uusi harrastus.

Toimintamalli

Hyvinvointilähete on tarkoitettu tueksi elämän eri tilanteisiin, oli kyse sitten yksinäisyydestä, sosiaalisten tilanteiden haastavuudesta tai vaikka elämäntapamuutoksesta. Asiantuntija, kuten esimerkiksi lääkäri, fysioterapeutti, etsivä nuorisotyö, seurakunnan työntekijä tai liikuntaneuvoja, voi tehdä sähköisen hyvinvointilähетен sähköisessä Virtu-palvelussa. Sieltä lähete menee suoraan kunnan hyvinvointikoordinaattorille, joka huolehtii siitä, että läheteeseen reagoidaan ja asiakkaalle pyritään mahdollisimman pian nimeämään hyvinvointilähetti.

Ensimmäisen asiakaskäynnin tekevät hyvinvointikoordinaattori ja hyvinvointilähetti. Ensimmäisellä käynnillä allekirjoitetaan sopimus ja määritellään tavoitteet, jotka tarkentuvat prosessin edetessä. Hyvinvointilähetti kulkee puolen vuoden ajan asiakkaan rinnalla tukien kohti yhdessä määriteltyä tavoitetta. Toimintamallissa kerätään palautetta asiakkailta, hyvinvointiläheteiltä sekä ammattilaisilta, jotta palvelumallia voidaan kehittää tarpeen mukaan.



Kuva: Hyvinvointilähete toimii tukena ihmiseltä ihmiselle haastavissa tilanteissa.

Haasteet ja ratkaisut

Haasteina ovat ammattilaisten sitoutuminen, toimintamallin juurruttaminen osaksi kunnan toimintaa sekä lähетен suuntaaminen oikeanlaisille asiakkaille (painotus ennaltaehkäisevässä toiminnassa). Hyvinvointilähetti ei korvaa sote-palveluita eikä ole sote-alan ammattilainen, vaan toimii ikään kuin kopparina ja tsempparina ennen kuin asiakkaan ongelmat ja haasteet muuttuvat liian isoiksi ja raskaiksi. Lisäämällä tiedottamista ja toimintamallin avaamista saamme toimintamallia lähemmäs käyttäjiä ja osaksi kunnan muuta toimintaa.

Lisätiedot:

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/jarjestokentta-ammattilaisen-ja-asiakkaan-tukena-koulutus): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/jarjestokentta-ammattilaisen-ja-asiakkaan-tukena-koulutus>
pandemian-jalkeisessa-arjessa
- Pääkehittäjä: Projektipäällikkö Inga Mukku

Itsenäisesti asuvien nuorten mielen hyvinvoinnin edistämisen ekosysteemi

Tavoite

Itsenäisesti asuvien 16–18-vuotiaiden nuorten mielen hyvinvointia tukevassa ekosysteemissä toimijat jakavat toisilleen tietoa, kokemuksia ja hyviä käytänteitä. Ekosysteemin kuuluu nuoria sekä kohderyhmän mielen hyvinvointia edistäviä ammattilaisia ja järjestöjä. Ekosysteemin keskiössä ovat itsenäisesti asuva nuori ja nuorta arjessa tukevat aikuiset. Ympäri on ryhmitelty olennaiset teemat (arjen haasteet) ja niihin tukea tarjoavat toimijat.

Ekosysteemin toimintaa ohjaa visio: Tampereella itsenäisesti asuva nuori ei jää yksin!

Kohderyhmät

Ensisijainen kohderyhmä on itsenäisesti asuvat 16–18-vuotiaat nuoret.

Uudessa arjessa ja ympäristössä toisen asteen oppilaitoksessa työskentelevät ammattilaiset saattavat olla nuorten ainoita aikuiskontakteja. Toisen kohderyhmän muodostavat toisen asteen oppilaitosten kuraattorit, opinto-ohjaajat, psykologit, opettajat sekä opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat ja lääkärit.

Toimintamalli



Kuva: Itsenäisesti asuvien nuorten mielen hyvinvoinnin edistämisen ekosysteemi.

Ekosysteemin kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan ilmiötä ja jaetaan tietoa toimijoille. Jaettu ymmärrys ilmiöstä ja ekosysteemin tarpeellisuudesta muodostuu kohderyhmän nuoria ja ammattilaisia haastatteleamalla ja dialogisin menetelmin toteutetuissa työpajoissa.

Toisessa vaiheessa ekosysteemiä rakennetaan yhteisen vision ja tavoitteiden ympärille (vrt. verkosto). Toimijat voivat kokea hyötyvänsä erityisesti tiedon ja kokemusten välittämisestä, jolloin voidaan keskittyä esimerkiksi juuri informaatioekosysteemin rakentamiseen. Informaatioekosysteemissä toimijat täydentävät toistensa osaamista, mikä edesauttaa yhteisten tavoitteiden saavuttamista.

Kolmannessa vaiheessa ekosysteemin toimijoiden kanssa suunnitellaan pilottiprojektit. Niistä saadut kokemukset, opit ja tuotokset jaetaan muille, jolloin mallien käyttöönotto laajenee. Toimiva ekosysteemi tuottaa myös kohderyhmän nuorille ja heitä tukeville aikuisille lisäarvoa.

Haasteet ja ratkaisut

Pilottien kehittämisessä keskeisenä haasteena on ollut ekosysteemin toimijoiden sitouttaminen kehitystyöhön. Itsenäisesti asuvat nuoret eivät ole ekosysteemin jäsenten ainut kohderyhmä, minkä vuoksi yhteistyöstä saatavan lisäarvon näkyväksi tekeminen on erityisen tärkeää. Hyödyn voi osoittaa muun muassa pilottien kautta.

Hanketta on haastanut myös tulevien hyvinvointialueiden rakentaminen. Muutokseen valmistautuminen vie toimijoilta resursseja, ja osa toimijoista hakee uutta paikkaansa organisaatiossa. Muuttuva toimintaympäristö voidaan huomioida panostamalla viestintään ja pyrkimällä löytämään kauaskantoisia ratkaisuja.

Lisätiedot:

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itsenaisesti-asuvien-nuorten-mielen-hyvinvointia-tukeva-ekosysteemi-0): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itsenaisesti-asuvien-nuorten-mielen-hyvinvointia-tukeva-ekosysteemi-0>
- Päätuottajat: projektipäällikkö Johanna Pyymäki, projektisuunnittelija Lauri Ikola, Tampere Junior -kehitysohjelma, Tampereen kaupunki
- Pilottialue Tampereen kaupunki, toisen asteen oppilaitokset

Mielen hyvinvoinnin vahvistaminen iäkkäiden palveluissa

Tavoite

Tavoitteena on ikäihmisten palveluissa työskentelevien ammattilaisten nykyistä parempi mielenterveysosaaminen ja mielenterveystaidot. Ammattilaisten tietotaitoa vahvistamalla varmistetaan, että palveluiden piirissä olevien iäkkäiden mielen hyvinvointi huomioidaan yhä paremmin osana kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Kohderyhmä

Ikäihmisten palveluissa toimivat ammattilaiset, välillisesti heidän asiakkaansa kotihoidossa, päivätoiminnassa ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Toimintamalli

Mielen hyvinvoinnin vahvistaminen on keskeinen osa kokonaisvaltaista toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämistä ja se on olennainen osa mielenterveysosaamista. Ikääntyneiden mielen hyvinvointia tukee vahvistaa suunnitelmallisesti osana päivittäistä asiakastyötä. Sen edistäminen kuuluu jokaisen vanhustyössä työskentelevän ammattitaitoon ja arjen työhön.

Mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi iäkkäiden parissa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat tietoa siitä, mitä mielen hyvinvointi on, mikä merkitys sillä on ikääntyessä ja miten sitä vahvistetaan. Lisäksi tämän toteuttamiseksi tarvitaan voimaantumista vahvistavan ohjauksen taitoja, jotka sisältävät esimerkiksi arvostavan kohtaamisen, ratkaisukeskeisen vuorovaikutuksen, myönteisen suuntaamisen

ja vahvuuksien tunnistamisen taitoja. Yhdessä sovitut *työ- ja toimintatavat* työyhteisössä luovat raamit ja rakenteet suunnitelmalliselle mielen hyvinvointia vahvistavalle työkuultuurille.



VALMENNUSPOLUT
Kotihoidon, ympärivuorokautisen hoidon ja päivätoiminnan työntekijöille.

TOIMINTATAPOJA (30)
Mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi iäkkäiden palveluissa.

MATERIAALEJA ja välineitä mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi.

Kuva: Mielen hyvinvointia tulee vahvistaa iäkkäiden palveluissa tiedolla, taidolla ja toimintatavoilla.

Toimintamallissa tunnistetaan ammattilaisten osaamistarpeita, tarjotaan tietoa ja tukea taitojen ja toimintatapojen kehittämiseksi sekä levitetään materiaalia ja välineitä juurruttamisen tueksi. Toimintamallin materiaali ja niissä kuvatut mielen hyvinvoinnin toimintatavat ovat vapaasti saatavilla, ja niitä voidaan soveltaa erilaisiin työympäristöihin ja -yhteisöihin sopiviksi. Tukena tietotaidon sekä käytäntöjen juurruttamisessa voidaan käyttää eri palvelusektoreille suunnattuja valmennuspolkua.

Haasteet ja ratkaisut

Valmennuksiin osallistuvilla ammattilaisilla mielen hyvinvoinnin näkökulma oli uusi. Ajattelutavan omaksuminen tarvitsee aikaa ja pysähtymistä. Mielenterveysosaaminen nähdään iäkkäiden palveluissa yhä häiriölähtöisesti ja kapeasti erityistä osaamista vaativana, mielenterveysasiakkaan kanssa tehtävänä työnä.

Ikäihmistien palveluissa henkilöstöpula ja työn kuormitus vaikuttavat kaikkeen arjen työhön. Hankkeeseen osallistuneiden ammattilaisten haasteena on ollut ajan löytäminen yhteiselle keskustelulle ja kehittämiselle. Henkilöstön vaihtuvuus puolestaan hidastaa toimintatapojen juurtumista. Työn haasteista huolimatta hankkeeseen osallistujat sitoutuivat kehittämistyöhön hyvin.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielenterveysosaamisella-ratkaisuja-iakkaiden-palveluihin-2021-2022): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielenterveysosaamisella-ratkaisuja-iakkaiden-palveluihin-2021-2022>
- Päätuottajat: Ikäinstituutti ja Sosiaalitaito
- Pääkehittäjät: Ikäinstituutti ja Sosiaalitaito, Länsi- ja Keski-Uudenmaan kunnat.
Yhteyshenkilö toimialapäällikkö Sirkkaliisa Heimonen
- Alue, jolla pilotoitu tai kehitetty: Länsi- ja Keski-Uudenmaan kuntien iäkkäiden palvelut

Mielenterveysosaamisen johtamisen toimintamalli

Tavoitteet

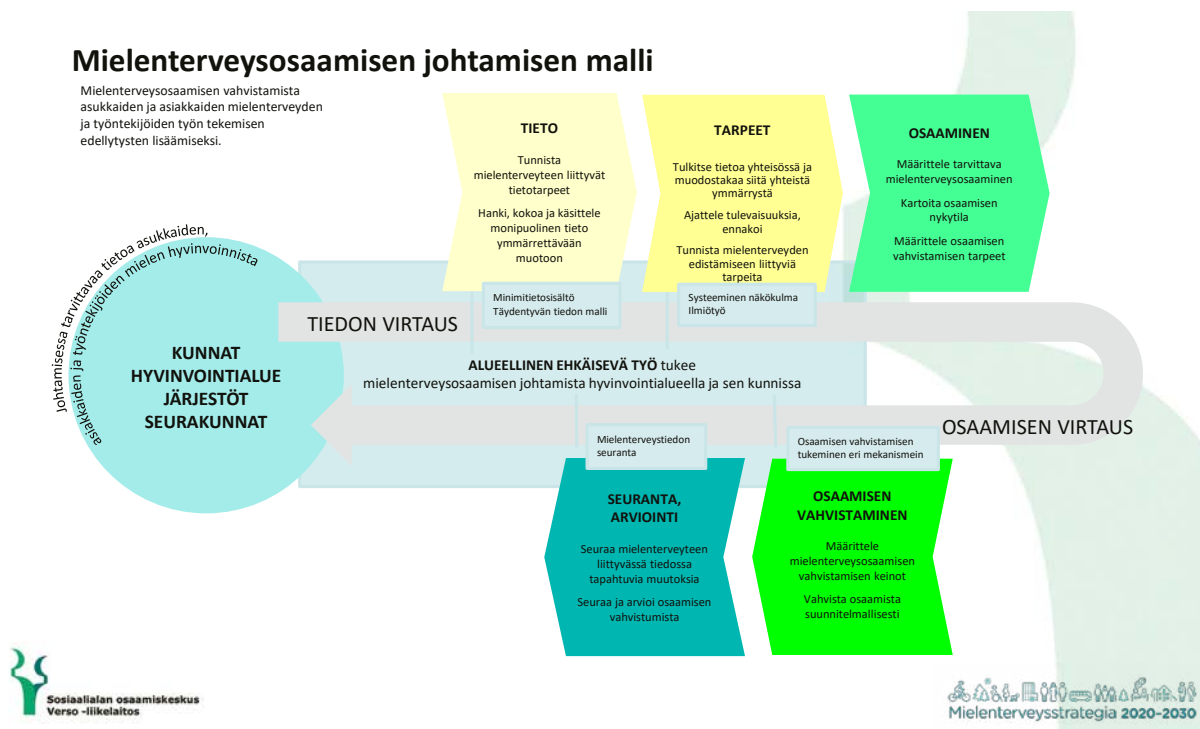
Tavoitteena on kehittää ja vahvistaa mielenterveysosaamisen johtamista, jotta alueen kohtaamistyötä tekevien ammattilaisten mielenterveysosaamisen vahvistaminen olisi suunnitelmallista ja pohjautuisi yhä vahvemmin ajantasaiseen ja asukkaiden ja asiakkaiden tarpeisiin pohjautuvaan tietoon.

Toimintamalli kuvaa mielenterveysosaamisen johtamisen ja alueellisen ehkäisevän työn roolit osana sitä. Mielenterveysosaaminen on määritelty asukkaiden ja asiakkaiden parissa tehtävässä työssä tarvittavaksi osaamiseksi sekä työn tekemisen edellytyksiin liittyväksi työntekijän resilienssiä tukevaksi mielenterveysosaamiseksi. Malli sisältää kuvauksen mielenterveysosaamisen johtamisen prosessista esihenkilön ja keskijohdon näkökulmasta. Malliin on koottu myös välineitä, käytäntöjä ja työkaluja prosessin tueksi.

Kohderyhmät

Kohderymänä ovat sote-palvelujen sekä kuntien sivistyksen ja hyvinvoinnin palvelujen henkilöt, joiden tehtäviin kuuluu mielenterveysosaamisen johtaminen. Malli sopii myös järjestöjen ja seurakunnan käyttöön. Hyvinvointialueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä yhdyspintatyön asiantuntijajyksikköön sijoittuva ehkäisevän työn alueellinen koordinaatio tuottaa tietoa ja tarjoaa asiantuntijatukea mielenterveysosaamisen ja sen johtamisen vahvistamiseksi.

Toimintamalli



Kuva: Johtamisen malli vahvistaa mielenterveysosaamista sekä työn tekemisen edellytyksiä.

Haasteet ja ratkaisut

Hankkeessa ja yhteistyökumppanien organisaatioissa tapahtuneet henkilöstövaihdokset ovat haastaneet yhteistä kehittämistä. Toimintamallin rajaaminen on ollut haastavaa, kun kohderyhmä on monialainen ja alue laaja. Hanke on haasteista huolimatta edennyt suunnitellusti.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/yhdessa-mielessa-mielen-terveysosaaminen-paikalliseksi-paaomaksi-2020-2022): <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/yhdessa-mielessa-mielen-terveysosaaminen-paikalliseksi-paaomaksi-2020-2022>
- Pääkehittäjät: Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän liikelaitoksena toimiva Sosiaalialan osaamiskeskus Verso yhteistyössä Päijät-Soten, alueen kuntien ja järjestöjen kanssa. Toimintamallia rakennetaan yhteiskehittämisen periaatteella ja mukana on myös Työ terveyslaitoksen asiantuntijoita.

Kuinka puhua mielen hyvinvoinnista omaishoidon asiakasohjauksessa

Tavoitteet

Omaishoidon asiakasohjaaja tunnistaa mielen hyvinvointiin liittyvät perusteet, muun muassa psyykkiset voimavarat, vaikuttamismahdollisuudet, joustavuuden ja sosiaaliset suhteet sekä riskit ja tukimuodot. Hänellä on välineitä ottaa mielen hyvinvointi puheeksi.

Omaishoitaja on tietoinen mielen hyvinvoinnin vaikutuksesta jaksamiseensa ja osaa tunnistaa riskit ja pyytää ja toisaalta myös vastaanottaa apua. Omaishoitajan oma ymmärrys ja kokemukset mielen hyvinvoinnista auttavat sitovassa hoitotehtävässä ja ennaltaehkäisevät omaishoitajan uupumista.

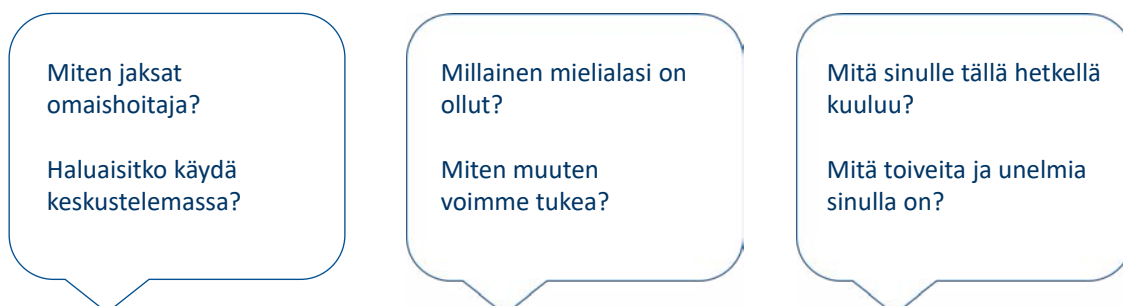
Mielen hyvinvoinnista on puhuttava omaishoitajia kohdatessa ja ohjattava tarvittaessa sopivan tuen ja avun piiriin.

Kohderyhmät

Kuntien omaishoidon asiakasohjaajat ja heidän työssään kohtaamat moninaiset omaishoitajaperheet.

Toimintamalli

Omaishoidon ohjaajan tuki näkyy läpi prosessin



Kuva: Omaishoidon ohjaajan tuki näkyy läpi prosessin.

Haasteet ja ratkaisut

Omaishoidon asiakasohjaajien mahdollisuudet keskustella mielen hyvinvoinnista ovat usein vähäiset. Työntekijöiden vaihtuvuus vähentää pidempien luottamuksellisten asiakassuhteiden syntymistä. Omaishoidon ohjaajan kaksoisrooli sekä omaishoitajuuden kriteerien ja palveluiden arvioijana ja myöntäjänä että mielen hyvinvoinnin heikentymisen kuulijana on omaishoitajalle vahvaa luottamusta edellyttävä tilanne.

Lisätiedot:

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/omaishoitajien-mielen-hyvinvointi-puheeksi): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/omaishoitajien-mielen-hyvinvointi-puheeksi>
- Päätuottaja: Omaishoitajaliitto ry, Hanna Savela, hankekoordinaattori
- Pääkehittäjät: Omaishoitajaliitto ry, Mikkelin seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry, Napapiirin Omaishoitajat ry ja Tampereen seudun Omaishoitajat ry
- Kehittämis- ja pilotointialueet: Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalujen kuntayhtymä, Hämeenkyrö, Sastamala, Tampere, Inari, Ranua ja Rovaniemi.

Opastava perhetyö

Tavoite

Perheille suunnatulla toiminnalla tuetaan perheiden yhteistä tekemistä, yhteenkuuluvuuden tunnetta, vuorovaikutusta ja perheen itse määrittelemien muutostavoitteiden saavuttamista. Tavoitteena on vahvistaa mielen hyvinvointia, vanhemmuutta ja arjessa selviytymistä. Erilaiset osallistumismahdollisuudet lisäävät yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemuksia.

Kohderyhmä

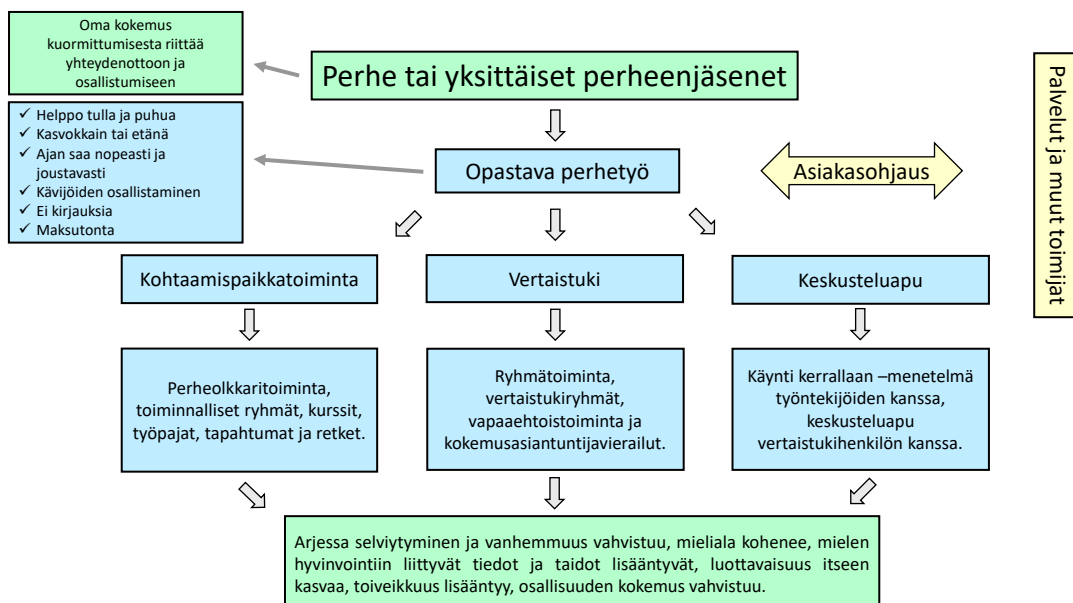
Perheet, joissa on alaikäisiä lapsia ja eri tavoin koettua kuormittuneisuutta.

Toimintamalli

Opastava perhetyö on yhteisöllinen kohtaamispaikka, joka tarjoaa maksutonta ja luottamuksellista ennaltaehkäisevää matalan kynnyksen tukea ja toimintaa koko perheelle tai sen yksittäisille jäsenille perheen omista tarpeista lähtien. Yhteydenottoon ja osallistumiseen riittää ihmisen oma kokemus kuormittuneisuudesta. Osallistua voi kasvokkain tai etänä ja halutessaan myös anonyymisti.

Opastavassa perhetyössä ei tehdä kirjauksia asiakastietojärjestelmiin. Toiminnalla voidaan täydentää perheelle tarjottuja palveluita palvelupolun eri vaiheissa tai se voi olla myös avun käynnistymisen paikka. Ajan saa nopeasti ja joustavasti. Toimintaan osallistuminen mahdollistaa uusiin ihmisiin tutustumista ja vertaisuuden kokemista. Kävijät osallistuvat toiminnan suunnitteluun ja järjestämiseen. Kuva: Oma kokemus kuormittuneisuudesta toimii opastavan perhetyön toimintamallin lähtökohtana.

Opastavan perhetyön toimintamalli



Haasteet ja ratkaisut

Miehille ja nuorille suunnatut vertais- ja liikuntaryhmät eivät herättäneet kohderyhmässä kiinnostusta. Havaintojen perusteella isät osallistuvat parhaiten toiminnallisiin aktiviteetteihin, joissa myös lapset ovat mukana. Nuoret osallistuvat parhaiten elämyksellisiin peli- ja liikuntatapahtumiin. Tämä on huomioitu toiminnan suunnittelussa sekä kuulemalla kävijöiden toiveita.

Chatin vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyvät teemat eivät houkuttelleet osallistujia. Selkeämmin rajatut aihepiirit voisivat kuitenkin olla kokeilemisen arvoisia. Avoin olohuonetoiminta Perheolkkari on avoinna maanantaisin klo 15–18, johon yleisimmin saapuu yksi tai kaksi perhettä. Laajennettujen aukioloaikojen ja teemallisten sisältöjen kokeilut eivät lisänneet Perheolkkarin kävijämääriä.

Kohderyhmää on tavoitettu palveluiden asiakasohjauksen, eri medioiden ja kävijöiden suosituksen avulla. Asiakaspalautteen pohjalta muutettiin viestinnässä kohderyhmäkuvausta ”oululaisille perheille, joissa on alaikäisiä lapsia ja eri tavoin koettua kuormittuneisuutta”, koska aiemmin käytössä ollut ”psykykinen kuormitus” saattoi nostaa kynnystä osallistumiselle. Viestinnässä tuodaan esiin, että kuka tahansa voi joskus kokea kuormittuneisuutta ja tuen tarvetta. Kohderyhmän tarkka määrittely, konkreettinen toiminnan kuvaaminen ja luottamuksellisuudesta viestiminen on todettu tärkeäksi.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/opastava-perhetyo): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/opastava-perhetyo>
- Päätuottaja: Hyvän mielen talo ry.
- Pääkehittäjät: Mervi Kauppinen, perhetyöntekijä, hankevastaava ja Henry Kaspala, perhetyöntekijä
- Alue: Oulu

Kokemusasiantuntijatoiminta oppilaitoksissa

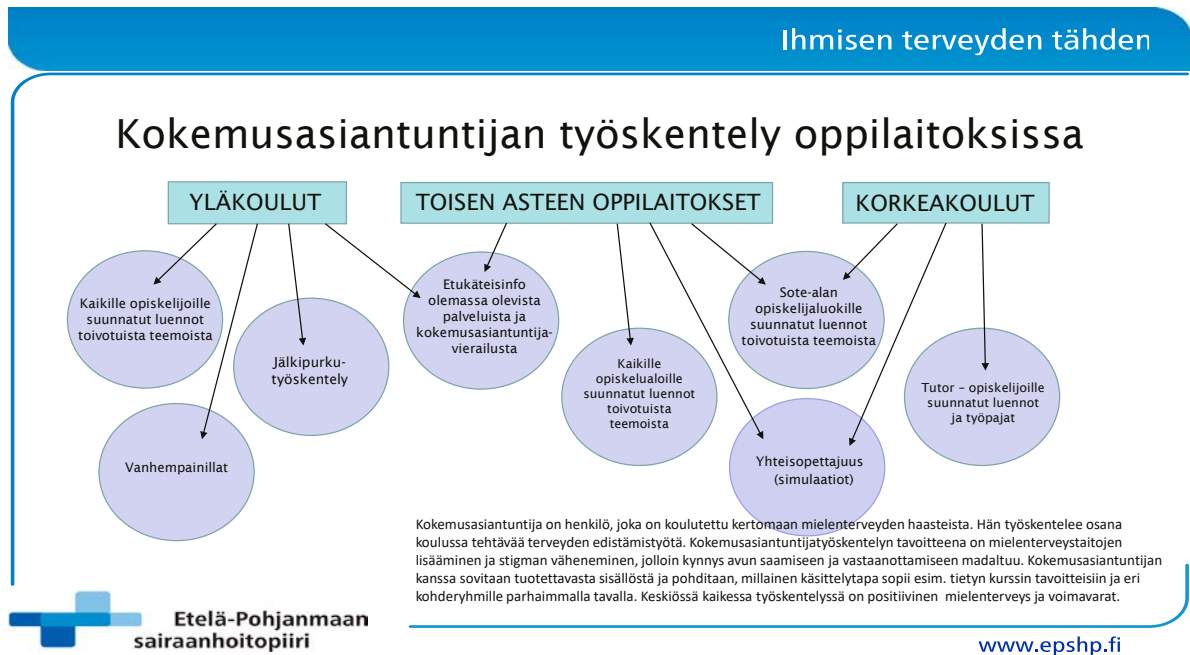
Tavoite

Mallin tavoitteena on juurruttaa kokemusasiantuntijatyöskentelyä osaksi oppilaitosten toimintaa. Tällä tavoin voidaan olla lisäämässä opiskelijoiden mielenterveystaitoja, poistaa mielenterveyden ja päihteidenkäytön ongelmiin liittyvää häpeäleimaa. Näillä tavoin puheeksi ottamisen ja avun saamisen kynnyks madaltuu ongelmien sattuessa kohdalle.

Kohderyhmä

Oppilaitoksen oppilaat, opettajat ja muu henkilökunta.

Toimintamalli



Kuva: Kokemusasiiantuntijat voivat toimia mukana eri tilaisuuksissa yläkouluissa, toisen asteen oppilaitoksissa sekä korkeakouluissa.

Haasteet ja ratkaisut

Haasteena voi olla se, että saadaan oppilaitoksen henkilökunta ja oppilashuolto sitoutumaan aktiivisesti kokemusasiiantuntijatyöskentelyyn.

Kokemusasiiantuntijan vierailu ei ole irrallinen käynti, vaan se edellyttää myös yksiköiden henkilökunnalta teemojen äärellä työskentelyä ja kykyä keskustella aiheista opiskelijoiden kanssa.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/kokemusasiiantuntijat-oppilaitostyossa): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/kokemusasiiantuntijat-oppilaitostyossa>
- Pääkehittäjät: Ulla Aninko-Rajala, Sini Kirvesmäki, Minna Laitila (SeAMK), Marja-Terttu Viitala (Sedu) ja Mervi Ropponen
- Pilotointialue: Etelä-Pohjanmaa

Lasten ja nuorten hyvinvointia edistävä MITOke-malli

Kohderyhmä

Keskeisimmät kohderyhmät ovat Haminan varhaiskasvatuksen, esiopetuksen ja perusopetuksen henkilöstö ja sitä kautta Haminan lapset, nuoret ja huoltajat.

Tavoitteet

Tilaisuuksien tavoitteena on paneutua lasten ja nuorten hyvinvointia edistäviin teemoihin, keskustella niihin liittyvistä toimintatavoista, jakaa hyviä käytänteitä ja luoda uusia toimintamalleja sekä yhtenäistää toimintatapoja kouluissa, esiopetuksessa ja varhaiskasvatuksessa. Keskusteluryhmän koko on ollut noin kymmenen osallistujaa, mutta tavoitteena on tulevaisuudessa laajentaa ryhmää.

Keskusteluihin on pyydetty mukaan järjestöjen tai hankkeen koulutuksia järjestävien tahojen edustajia, jotka voivat toimia myös keskustelujen ohjaajina ja alustajina. Keskustelujen pohjana on vahvuuslähtöinen vuorovaikutus, positiivinen pedagogiikka sekä positiivinen psykologia, joihin keskustelutilaisuuksia ennen toteutetut hankkeen koulutukset ovat liittyneet. Hankkeen kautta palkatut psykiatriset sairaanhoitajat tuovat keskusteluihin oman asiantuntijuutensa ja erityisosaamisensa.

Toimintamalli



Kuva: MITOke-mallin keskustelu- ja kehittämistilaisuudet toimivat pohjana uusien toimintatapojen löytämiselle.

Haasteet ja ratkaisut

Verkkotapaamiset ovat osoittautuneet hyväksi kanavaksi järjestää MITOke-tilaisuuksia, mutta aikataulujen sovittelu on ollut haastavaa, jotta mahdollisimman moni kutsutuista pääsee paikalle. Tilaisuuksista tulee jatkossa tiedottaa tehokkaammin ja hyvissä ajoin. Keskustelutilaisuudet ovat ainoastaan tunnin mittaisia, jolloin keskustelu-aika jää toisinaan lyhyeksi.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielensterveyden-kehittaminen-ja-osaaminen-yhteistoiminnalliset-keskustelutilaisuudet): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielensterveyden-kehittaminen-ja-osaaminen-yhteistoiminnalliset-keskustelutilaisuudet>
- Pääkehittäjät: Haminan kasvatus- ja koulutuspalvelut, Maaret Lommi (kehityspäällikkö) ja Johanna Oleander (varhaiskasvatuksen pedagoginen kehittäjä)
- Pilotointialue: Haminan kaupunki

Hyvän mielen kunta -tarkistuslista

Tarkistuslista auttaa kuntia vahvistamaan ja johtamaan asukkaiden mielensterveyttä osana kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä. Tarkistuslista on rakenteellinen apu mielensterveysjohtamiselle ja se vie painopistettä kohti mielensterveyden edistämistä. Hyvä mielensterveys on inhimillisesti ja taloudellisesti tärkeä panostus. Mielensterveyttä on mahdollista vahvistaa.

Kohderyhmät

Kuntien ja hyvinvointialueiden johto ja ammattilaiset, erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuuhenkilöt ja heidän esihenkilönsä.

Tavoitteet

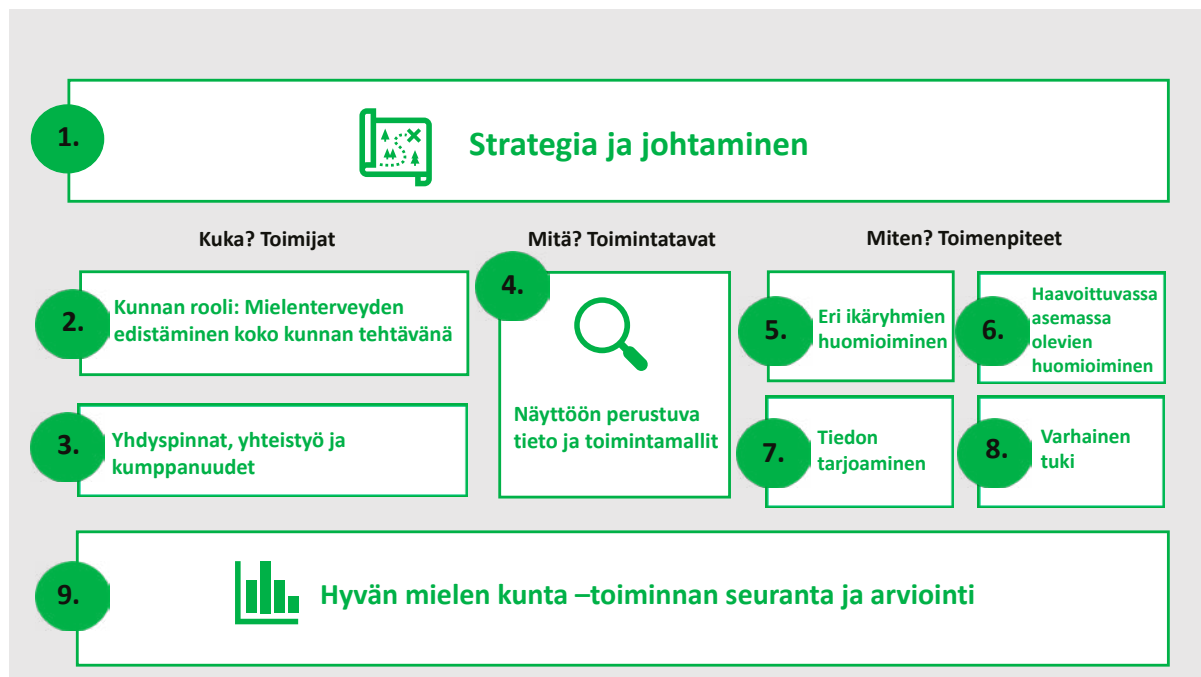
Tarkistuslista tukee kuntien mielenterveysjohtamista ja auttaa kuntien työntekijöitä ymmärtämään miten mielenterveyttä voidaan vahvistaa ja miksi se kannattaa. Kunnan kaikkien toimialojen toiminta vaikuttaa mielenterveyteen, eikä yksi toimiala tai toimenpide voi yksin saavuttaa vaikuttavia tuloksia. Mielenterveyttä edistetään yhdessä ja sitä on mahdollista johtaa.

Toimintamalli

Tarkistuslista on tapa kartoittaa, seurata ja vahvistaa kunnan mielenterveysjohtamista ja laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Tarkistuslista:

1. Tukee ja kannustaa kuntia vahvistamaan asukkaiden mielenterveyttä osana kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä.
2. Tukee kuntia strategisten linjausten tekemisessä ja työskentelyn painopisteiden valinnassa.
3. Tukee kuntia oman tilanteensa arvioimisessa sekä vahvuuksiensa ja kehittämistarpeidensa tunnistamisessa.
4. Siirtää painopistettä korjaavista palveluista mielenterveyden vahvistamiseen ja häiriöiden ennaltaehkäisyyn sekä varhaiseen tunnistamiseen.
5. Kasvattaa tietoisuutta kuntalaisten mielen hyvinvoinnin merkityksestä: hyvä mielenterveys on osa kestävästä sosiaalista ja taloudellista kehitystä. Hyvää mielenterveyttä voi systemaattisesti johtaa kunnassa.
6. Tukee kuntia lakisääteisissä tehtävissä. Tarkistuslistaa voi myös käyttää osana kunnan omia lakisääteisiä prosesseja, kuten hyvinvointisuunnitelman ja -kertomuksen sekä strategian teossa.



Kuva: Hyvän mielen kunta -tarkistuslistan toimintatavat perustuvat näyttöön perustuvalla tiedolla ja toimintamalleille.

Haasteet ja ratkaisut

Kehitystyössä kohdatut haasteet ja löydetty ratkaisut: Tarkistuslistan ja teeman laajuus ovat haastavia kehittäjille ja vaikeuttavat käyttöönottoa. Myös kunnan monet tehtävät ja työvälineet sekä niiden osittainen päällekkäisyys tuottavat vaikeuksia käyttöönotossa. Miten listata riittävästi, mutta ei liikaa? Miten luoda tarkistuslistasta väline, joka tukee kuntia ja huomioi kunnan toimintaympäristönä niin, että väline integroituu kunnan toimintaan?

Välinettä kehitetään kunnille ja kuntien kanssa, mutta ilman listan käyttökokemuksia sitä on vaikeata kehittää. Kaikki pohdinta, kokeilu ja keskustelu tekevät listasta entistä paremman. Yhdessä kehitetty juurtuu helpommin käyttöön ja siihen syntyy omistajuus. Mallia on kehitetty yhdessä Kuntaliiton kanssa, jotta lista juurtuisi paremmin jo olemassa oleviin menetelmiin ja välineisiin.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/hyvan-mielen-kunta-tarkistuslista): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/hyvan-mielen-kunta-tarkistuslista>
- Päätuottajat: MIELI ry, yhteistyössä Gesund Partnersin kanssa.
- Pääkehittäjät: MIELI ry, hankkeen 28 kuntaa, Espoo, Gesund Partners.
- Alue, jolla pilotoitu tai kehitetty: Hyvän mielen kunta -hankkeen 28 kuntaa.

Mielenterveystaidot mielen hyvinvoinnin tukena –salkku

Tavoite

Mielenterveystaidot Mielen Hyvinvoinnin tukena -salkun tavoitteena on lisätä yksilön osaamista oman mielen hyvinvoinnista näyttöön perustuvilla digitaalisilla itseapukeinoilla ja tutkitun tiedon avulla. Tietopakettilla pyritään edistämään väestön positiivista mielenterveyttä. Tarkoituksena on tarjota väestölle ja ammattilaisille tietoa mielenterveyden edistämisen keinoista ja korostaa yksilön mahdollisuutta vaikuttaa omaan mielen hyvinvointiin.

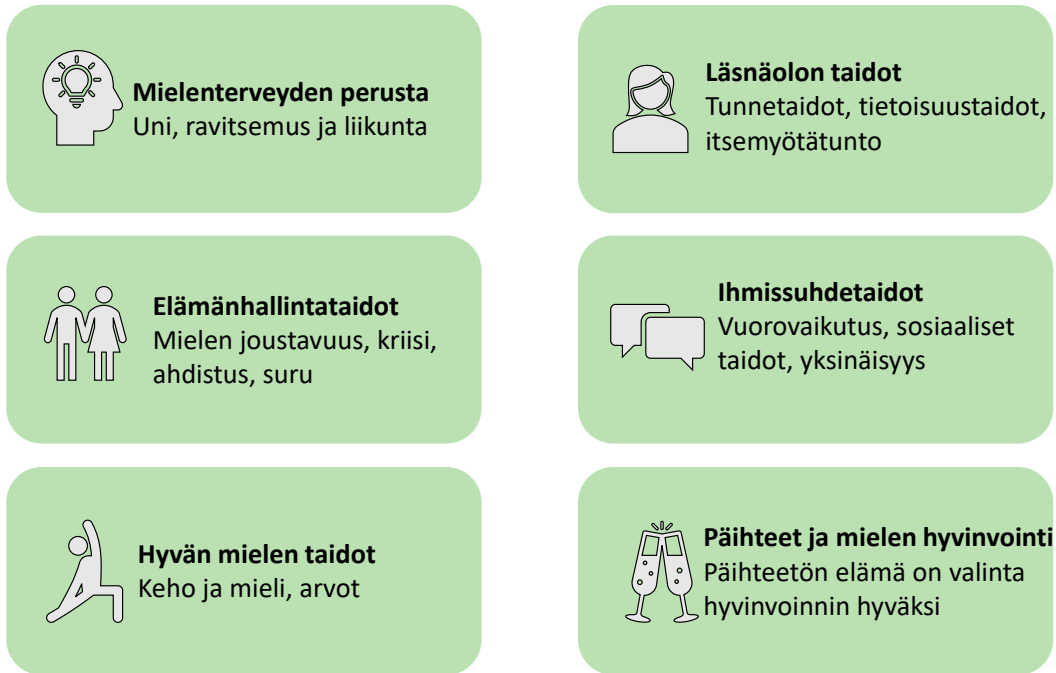
Kohderyhmä

Koko väestö

Toimintamalli

Salkku on jaettu eri osioihin: mielenterveyden perusta, läsnäolon taidot, ihmissuhdetaidot, elämänhallintataidot, hyvän mielen taidot sekä päihitteet ja mielen hyvinvointi. Osioissa on sekä tutkittua tietoa aiheesta, että linkkejä käytännön apuvälineisiin tai muuhun verkkosisältöön, jonka avulla voi edistää omaa mielen hyvinvointia. Osioiden tekstit on koottu siten, että niissä korostetaan yksilön voimavaroja – huomio kiinnitetään elämässä hyvin oleviin asioihin sekä autetaan löytämään keinoja, kuinka mielen hyvinvointia voisi lisätä. Salkkua koostettaessa on pidetty tärkeänä, että jokainen löytäisi itselleen merkityksellisiä iloa ja mielihyvää tuottavia asioita. Salkun teemoissa on myös haluttu korostaa, että haasteet ovat normaali osa elämää ja niistä selviäminen on mahdollista.

Mielensterveystaidot mielen hyvinvoinnin tukena



Kuva: Mielensterveystaidot toimivat mielen hyvinvoinnin tukena.

Haasteet ja ratkaisut

Haasteena on ollut päällekkäinen työ valtakunnallisella tasolla, sillä samaan aikaan HUSissa kehitetään Mielensterveystalo.fi -sivustoa ja sitä ajetaan kansallisella tasolla ensisijaiseksi palveluksi. Tämä on vaahtinut pohdintaa siitä, että miten salkun sisältö antaisi väestötasolla erilaista informaatiota verrattuna [Mielensterveystalo.fi](https://mielensterveystalo.fi):n sisältöihin.

Salkku ei ole tarkoitettu hoidolliseksi palveluksi, vaan sen on tarkoitus tukea mielen hyvinvointia ja vahvistaa voimavaroja ja resilienssiä. Salkku on myös tarkoitus integroida osaksi terveydenhuollon asiakasohjausta, joka on vielä työstämisen alla.

Terveydenhuollossa on meneillään useita muutoksia samanaikaisesti, joten implementointi vaatii suunnitelmallisuutta ja hyvää vuorovaikutusta hoitohenkilöstön kanssa. Salkku markkinoidaan hankkeen järjestämissä luentotilaisuuksissa ja sidosryhmien kanssa tehtävässä yhteistyössä.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielensterveystaidot-mielen-hyvinvoinnin-tukena-salkku-kuntalaisille): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielensterveystaidot-mielen-hyvinvoinnin-tukena-salkku-kuntalaisille>
- Päätuottajat: Hyvä Mieli! -hanke: Sanna Muhonen, Jenni Aalto, Sanna Ahtiainen ja Tuija Ylitörmänen, Eksoten projektipalvelut
- Alue, jolla pilotoitu: Etelä-Karjalan maakunta

Digitaalisen menetelmien hyödyntäminen mielensterveystyössä

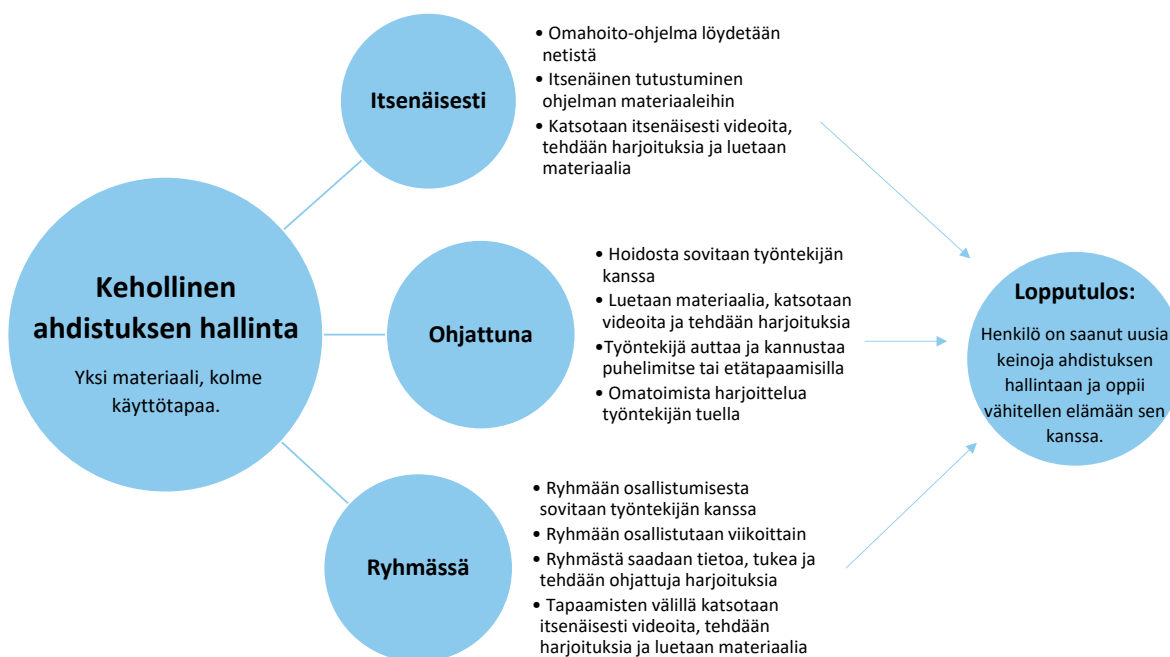
Kohderyhmä

Aikuiset ja nuoret, joilla on ahdistukseen liittyviä oireita sekä heitä kohtaavat ammatillaiset

Tavoite

Tavoitteena on lisätä palveluvalikoimaa liittyen ahdistuksen hallintaan ja mielen hyvinvoinnin lisäämiseen itsenäisesti, ohjattuna tai ryhmässä. Pyritään madaltamaan kynnystä hakeutua hoitoon sekä parantaa hoidon saatavuutta. Tarjotaan keinoja ja harjoituksia, joita voidaan ottaa osaksi omia arki-rutiineja. Lisätään tietoisuutta mielen hyvinvoinnin merkityksestä ja digitaalisista keinoista mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi.

Toimintamalli



Kuva: Digitaalisia menetelmiä voidaan hyödyntää myös mielenterveystyössä sekä itsenäisesti ohjattuna että ryhmässä.

Digitaalisessa muodossa olevan materiaalin avulla voidaan tukea mielen hyvinvointia eri ympäristöissä. Kehollisen ahdistuksen hallinnan omahoito-ohjelman materiaali soveltuu itsenäiseen työskentelyyn, ohjattuun omahoitoon sekä ryhmäinterventioon. Materiaalin digitaalinen muoto mahdollistaa itsenäisen työskentelyn ajasta ja paikasta riippumatta, työntekijän tuen puhelimitse tai etäyhteydellä sekä ryhmän järjestämisen joko paikan päällä tai etäyhteyksin. Tämä madaltaa kynnystä hakeutua hoitoon, parantaa hoidon saatavuutta sekä helpottaa työntekijöiden työtä.

Haasteet ja ratkaisut

Malleja pilotoitaessa on huomattu, että henkilöstön motivoiminen mukaan uusien menetelmien käyttöön on haastavaa. Uusien työtapojen käyttöönotolle on varattava riittävästi resursseja ja työntekijöille aikaa kokeilla uusia työtapoja. Uudet menetelmät ja työtavat tulee liittää palvelupolkuihin, jotta ne juurtuvat osaksi työmenetelmiä. Myös menetelmien helppokäyttöisyys tukee juurruttamista. Pilotointivaiheessa olemme saaneet arvokasta tietoa työntekijöiltä ja asiakkailta menetelmien käytettävyydestä. Saamiemme kokemusten perusteella muodostamme koulutuskokonaisuutta juurruttamisen vahvistamiseksi.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/digitaaliset-palvelut-mielenterveystyossa): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/digitaaliset-palvelut-mielenterveystyossa>
- Toimintamallin kehittäjät: Kaisa Eronen, Lilli Huttula, Marjo Tuononen, Riina Pölonen
- Toimintamallin alueellinen kokeilu: Helsingin kaupungin perusterveydenhuolto (mielenterveys- ja päihdesairaanhoidajat ja matalan kynnyksen mielenterveyspiste Mieppi), sekä erikoissairaanhoido (ryhmäterapiakeskus).

Kohdennettuja ja tarvelähtöisiä koulutuksia ammattilaisille ja vapaaehtoisille

Kohderyhmä

Toimintamallin keskeisiä kohderyhmiä ovat pakolaisten, turvapaikanhakijataustaisten ja muiden monikulttuurisesta taustasta tulevien kanssa työskentelevät ammattilaiset ja vapaaehtoiset.

Tavoite

Eri alojen ammattilaisten tietotaito kasvaa pakolaisten mielenterveysasioissa vaikuttaen heidän tapoihinsa tehdä työtään. Tämä puolestaan tavoittelee Suomen pakolaistaustaisen väestön mielenterveyden tilan parantumista ja syntyperän mukaisten mielenterveyserojen kaventumista. Tavoitteena on, että hankkeen myötä PALOMA-osaamiskeskuksista käsin voidaan kouluttaa, konsultoida sekä synnyttää verkostoja ja muita yhteistyökuvioita alueen kuntiin. Näiden toimenpiteiden myötä pakolaisiin liittyvä mielenterveysosaaminen kasvaa ja osaaminen jää elämään kunnissa hankkeen päättyessä.

Toimintamalli



Kuva: Tarvekartoitus toimii pohjana kohdennettujen ja tarvelähtöisten koulutusten hyödyntämiselle.

Haasteet ja ratkaisut

Suurimpina haasteina työskentelyssä on ollut yhteistyötahojen löytäminen ja hankkeen toiminnan markkinointi. Kun oikeat yhteistyötahot ovat löytyneet, on kohdennettujen räätälöityjen koulutusten

rakentaminen ollut mukavaa ja luovaa työskentelyä. Monipuoliset toteuttamisen menetelmät ovat haastaneet projektityöntekijöitä, mutta myös johdattaneet uusien ratkaisujen ja luovuuden tielle. Palaute koulutuksista on ollut hyvää ja aihe on nähty tärkeänä sekä ajankohtaisena.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/koulutuksesta-tukea-tyohon): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/koulutuksesta-tukea-tyohon>
- Kehittäjät: Pakolaisten mielenterveystyön vahvistaminen sektorirajat ylittävällä yhteistyöllä (PASEK) -hanke on kehittänyt räätälöityjen koulutusten menetelmää valtakunnallisesti MIELI ry:n toimesta ja paikallisemmin yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilla Kys:n, HUS:n ja Taysin alueilla.

Koordinointimalli – mielenterveysosaamisen vahvistaminen

Tavoite

Vahvistaa mielenterveysosaamista luomalla koordinointimalli, jolla varmistetaan mielenterveyden ensiavun osaaminen ja päivittäminen sekä koulutusten järjestäminen alueella. Välittää ja antaa ajankoh- taista tietoa mielenterveyden edistämisestä, mielenterveydestä ja mielenhyvinvoinnista.

Kohderyhmät

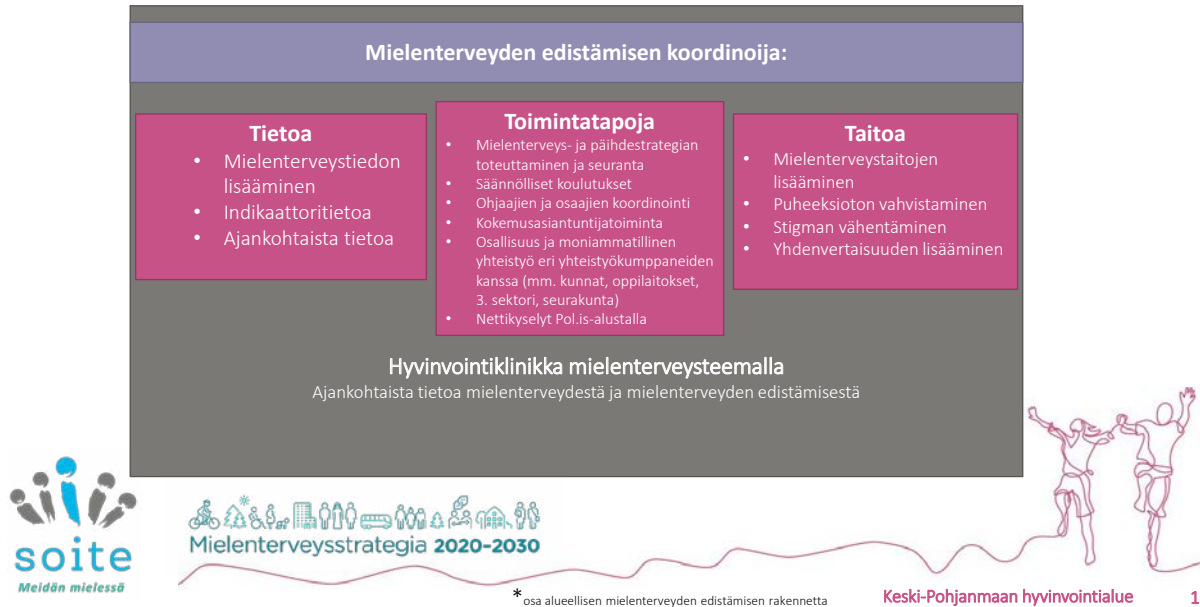
Kuntien johto ja sivistystoimen henkilöstö, alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö, järjestöt ja seurakunnat, alueen eri-ikäiset asukkaat.

Toimintamalli

Mielenterveyden edistämisen kokonaisuutta koordinoi sovittu taho hyvinvointialueen organisaatiossa, esimerkiksi tietty hallinnollinen vastuualue. Mielenterveyden edistämisen koordinointiin kuuluu muun muassa mielenterveyden edistämiseen liittyvistä asioista ja ilmiöistä tiedottaminen, mielenterveyden ensiavun osaamisesta, päivittämisestä ja koulutusten järjestämisestä vastaaminen sekä mielenterveyden ensiapukoulutuksen osajien verkoston tukeminen. Koordinoija ylläpitää rekisteriä alueen mielenterveyden ensiapukoulutuksen ohjaajista.

Hyvinvointialueella mielenterveyden edistämisen koordinoija vastaa säännöllisestä hyvinvointi- klinikan toteutuksesta mielenterveysteemalla eri yhteistyötahojen kanssa. Hyvinvointiklinikka sisältää ja välittää tietoa väestön mielenterveyden tilasta, ajankohtaisista kehittämistoimista ja suunnitelmista mielenterveyden edistämiseksi. Hyvinvointiklinikkaan osallistuneet pääsevät pohtimaan saamansa tie- don hyödyntämistä omilla toimialueillaan. Yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden kanssa (kunnat, kou- lut/op, 3.s ektori, srk)

Koordinointimalli - Mielensterveyden osaamisen vahvistaminen



Kuva: Koordinointimalli vahvistaa mielensterveyden osaamista.

Haasteet ja ratkaisut

Haasteena voi olla resurssien vähyys, yhteistyötahojen organisoiminen toiminnan ympärille ja sitouttaminen yhteisen toimintamallin rakentamiseen. Koordinaatiota ja yhteistyötä tukee moniammatillinen työryhmä, jossa on mukana kuntien, oppilaitosten, järjestöjen, seurakunnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon edustajia. Työryhmän sitouttaminen auttaa toiminnan juurruttamista ja jalkauttamista. Toimintamallin kehittäminen jatkuu edelleen.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/koordinointimalli-mielensterveysosaamisen-vahvistaminen): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/koordinointimalli-mielensterveysosaamisen-vahvistaminen>
- Päätuottaja: Meidän Mielessä -hanke; hankekoordinaattorit Tarja Viitala ja Johanna Lång, hankejohtaja Jussi Salminen, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä Soite
- Kehittämisen- ja pilotointialueet: Keski-Pohjanmaan maakunta

Mielikioski, mielen hyvinvoinnin tukipiste

Tavoitteet

Kaupungin asukkaiden mielensterveyden vahvistaminen ja mielensterveysongelmien ennaltaehkäisy oikea-aikaisella matalan kynnyksen toiminnalla. Keskustelutuen tarjoaminen monitahoisesti walk-in-toiminnalla, puhelimitse, chatin tai sähköpostin välityksellä. Asukkaiden ja kaupungin työntekijöiden mielensterveysosaamisen ja -tuntemuksen vahvistaminen sekä stigman vähentäminen järjestämällä Mieli ry:n Mielensterveyden ensiapu® -koulutuksia. Järjestöyhteistyön ja vertaistuen juurruttaminen perustason palveluihin kunnassa.

Kohderyhmä

Kaikki 18 vuotta täyttäneet ilman yläikärajaa sekä mielenterveysosaamisen lisäämisen näkökulmasta sivistys-, sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö.

Toimintamalli



Kuva: Mielikioski toimii matalan kynnyksen vaihtoehtona mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen sekä mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn.

Haasteet ja ratkaisut

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä, mutta eri yhteyksissä on todettu palvelujen saatavuuden vaikeutta. Haasteeseen on pyritty vastaamaan jalkauttamalla toimintaa jo olemassa oleviin kaupungin hyvinvointipalveluihin (esim. perhekioski, lähitorit, perhekahvilat, enjansa-chat, sähköinen perhekeskus) sekä kaupungin reuna-alueille. Toiminnasta tiedottamista on pyritty toteuttamaan mahdollisimman monikanavaisesti, kuten paikallislehdissä, kaupungin verkkosivuilla ja sisäisillä kanavilla, sosiaalisessa mediassa ja kotitalouksiin jaetulla julkisella Mielikioski-tiedotteella. Haasteena on matalan kynnyksen toiminnan asettuminen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmään ja hoitopolkujen sujutus myös hyvinvointialueelle siirryttäessä. Toiminnan juurruttaminen on edellyttänyt tiivistä yhteistyötä ja asiakaslähtöistä palvelujen kehittämistä.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielikioski): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielikioski>
- Päätuottajat: Ylöjärven kaupunki
- Pääkehittäjät: Hankepäällikkö Paula Pasanen-Aro, hanketyöntekijät Anne Salminen ja Mervi Heiskanen
- Alue, jolla pilotoitu tai kehitetty: Ylöjärven kaupunki

10.2 Tuetun työllistymisen IPS – Sijoita ja valmenna! -toimintamalli ja Työelämän mielensterveysohjelma

Helka Raivio

IPS- Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke (2020–2022/23)

IPS-työhönvalmennus (Individual Placement and Support) on laatukriteereihin ja tutkimusnäyttöön perustuva tuetun työllistymisen toimintamalli, joka on kehitetty vaikeita mielensterveyshäiriöitä sairastavien henkilöiden työllistymisen edistämiseksi. Tuetulla työllistymisellä tarkoitetaan työllistymisen tapaa, jossa toimintakyvyltään rajoittunut henkilö työllistyy avoimille työmarkkinoille palkkatyösuhteeseen, jossa hänen työssäoloaan tuetaan intensiivisellä tuella. Toimintamalli on näyttöön perustuva.

IPS-kehittämishankkeen (thl.fi/ips) viidessä alueellisessa kokeilussa IPS-työhönvalmennus on otettu käyttöön osana psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta. Alueellisissa IPS-kokeiluhankkeissa mallinnettiin ne käytänteet, joilla IPS-työhönvalmennus toteutuu psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen integroituna palveluna. Työllistymisen tuen ja psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen palveluista muodostettiin kokonaisuus niin, että niistä rakentuu toisiaan tukeva palveluprosessi.

Elokuun lopussa 2022 IPS-työhönvalmennuspalvelun aloittaneita oli hankkeessa yhteensä 509, joista työllistyneiden osuus oli 42 % (212 henkilöä). Vakavakaan mielensterveyden häiriö ei siis ole työllistymisen tai työntöön este, kun tukena on IPS-työhönvalmentaja.

Osana IPS-kehittämishanketta toteutetaan arviointitutkimus, joka tuottaa tietoa toimeenpanon toteutuksesta sekä siitä, miten hyvin IPS-toimintamalli vastaa alkuperäistä mallia. Tutkimuksella selvitetään myös toimintamallin soveltuvuutta suomalaisen palvelujärjestelmään ja asiakkaille sekä toimintamallin tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta asiakasryhmässä.

Tuetun työllistymisen IPS-työhönvalmennus

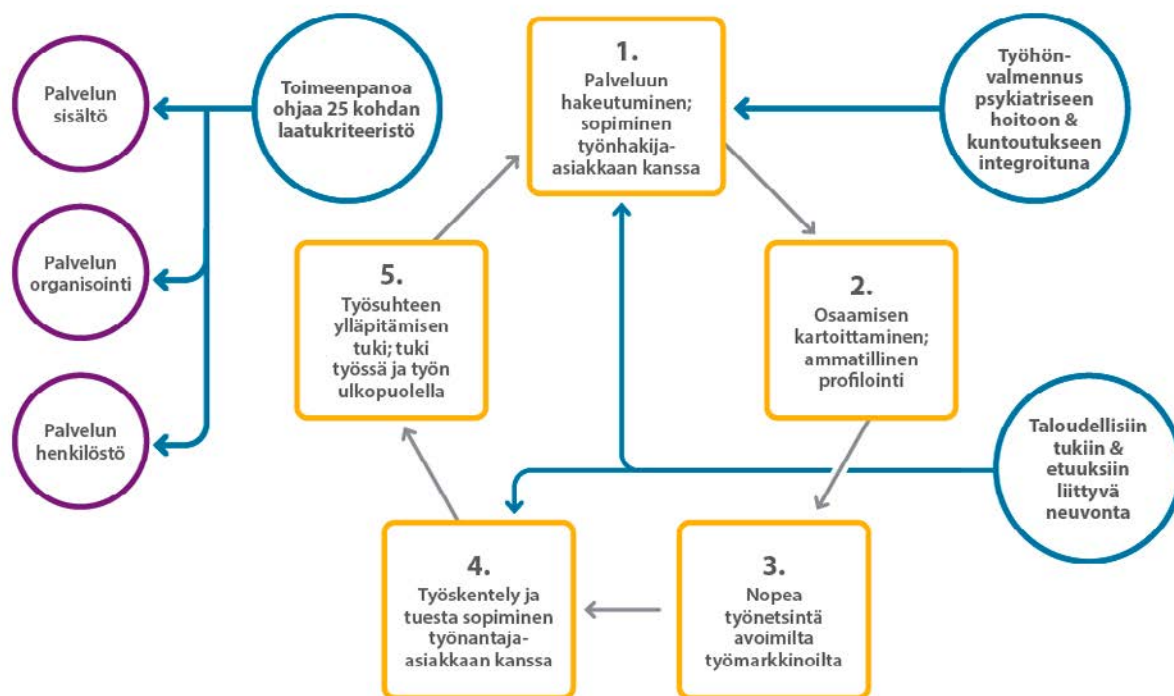
Kohderyhmä

Mielensterveyden häiriöihin sairastuneet henkilöt, joilla on halu työllistyä.

Tavoitteet

Kohderyhmän työmarkkinoille pääsyn, paluun ja siellä pysymisen tukeminen ottamalla käyttöön laatukriteereihin ja tutkimusnäyttöön perustuva IPS-työhönvalmennus osana psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta.

Toimintamalli

IPS-työhönvalmennus osa tuettua työllistymistä (SE)

Kuva: IPS-toimintamallin ydinominaisuudet ja prosessi.

Kohdatut haasteet

IPS-työhönvalmennus on psykiatrisen hoidon sisällä palveluna yhä vieras, ja työhönvalmentajiin uutena ammattiryhmänä suhtaudutaan edelleen osin empien ja epäillen. Hauras yhteistyö hoitotiimien kanssa aiheuttaa muun muassa vääräaikaista ohjautumista IPS-työhönvalmennuspalveluun (liian huonokuntoisia asiakkaita/ilman omaa motivaatiota) sekä tiedonkulun ongelmia (työhönvalmentajilla ei ajantasaista tietoa esim. asiakkaan lääkityksestä).

Yhteistyöhön voidaan kannustaa ja sitouttaa hoitohenkilökunnan IPS-menetelmäosaamista (IPS-toimintamallin keskeiset periaatteet ja toimintaa ohjaavat laatukriteerit) lisäämällä. Työhönvalmentajien tulee olla aidosti osa hoitotiimejä jakaen samat toimitilat sekä yhteiset asiakastiedostot. IPS-työhönvalmennuksen toteutuminen hoitotiimeissä tukee ja vahvistaa myös ymmärrystä työn teon merkityksestä osana asiakkaan toipumista ja kuntoutumista.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/ips-sijoita-ja-valmenna-kehittamishanke): <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/ips-sijoita-ja-valmenna-kehittamishanke>

Työelämän mielenterveysohjelma

Pauliina Mattila-Holappa ja Salla Toppinen-Tanner

Työelämän mielenterveysohjelma (2020–2022) on osa mielenterveysstrategian toimeenpanoa ja sitä rahoittaa sosiaali- ja terveysministeriö. Ohjelmassa kehitetään työpaikkojen valmiutta tukea mielenterveyttä ja kykyä hallita mielenterveyttä uhkaavia riskejä.

Ohjelma koostuu neljästä projektista, joista ensin käynnistyneessä Mielenterveyden keinot ja menetelmät -projektissa kehitettiin digitaalinen työkalupakki työpaikoille. Mielenterveyden tuen työ-

kalupakki tarjoaa yhdeksän tutkimusperustaista digitaalista välinettä mielenterveyden edistämiseen. Työkalusivustolle on kertynyt 23.9. 2021 alkaen reilut 430 000 katselukertaa ja käyttäjiä noin 100 000. Ohjelman osana on tarjottu maksutonta koulutusta näkökulmina esihenkilötyö, työpaikan muutosvalmius, työuran hallintaa tukeva vertaisryhmätoiminta sekä liikunta ja työ. Valmennuksiin on osallistunut n. 660 henkilöä.

Toisessa ohjelman projektissa tuotetaan työterveysyhteistyön toimintamalli, joka julkaistaan 15.11.2022. Mallin tavoitteena on kehittää ennaltaehkäisevää otetta mielenterveyteen työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyössä. Lisäksi viestinnän keinoin ja Parempi ennemmin kuin myöhemmin -kampanjalla tuetaan muutosta kohti toimintakulttuuria, jossa mielenterveyttä pyritään työpaikoilla systemaattisesti edistämään ongelmiin reagoimisen sijasta.

Koko ohjelman toimintaa arvioidaan erillisessä arviointiprojektissa. Digitaaliset työkalut ja ohjelman muut sisällöt löytyvät osoitteesta ennenkuin.fi

Tellu ja mielenterveysikkuna

Pekka Varje

Työelämätiето.fi on Työterveyslaitoksen tuottama palvelu, joka kokoaa työelämädataa eri lähteistä ja tarjoaa sen avoimesti käyttöön. Palveluun tuotetaan jatkuvasti uusia sisältöjä samalla kun olemassa olevia sisältöjä päivitetään säännöllisesti. Työelämätiето -verkkosivusto tarjoaa alustan, jonka kautta asiantuntijat, media, työelämänkehittäjät ja muut työelämätiेतoa hyödyntävät tahot saavat käyttöönsä ajantasaisen ja luotettavan tiedon suomalaisesta työelämästä.

Vuoden 2022 aikana Työelämätiетoon tuotetaan mielenterveyteen keskittynyt sisältökokonaisuus, joka laajenee myös jatkossa. Mielenterveysikkuna kokoaa mielenterveyteen liittyvää edustavaa tietoa mielenterveysstrategian työikäisten ja työhön liittyvien indikaattorien seuraamiseksi.

10.3 Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman mukainen palvelujärjestelmän muutos, tavoitetila ja toimeenpano

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman mukainen palvelujärjestelmän muutos ja tavoitetila

Anu Vähäniemi ja Outi Linnaranta

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 -ohjelmassa kehitetään perustason sosiaali- ja terveyspalveluja. Ohjelmassa tuetaan valtionavustuksilla hyvinvointialueita valmistelevaan ja ottamaan käyttöön uudenlainen, laaja-alainen sosiaali- ja terveyskeskus, jossa hyödynnetään uudenlaista työnjakoja, tarjotaan eri ammattilaisten ja erityistason konsultaatioita sekä hyödynnetään digitalisointia.

Ohjelmalla on viisi yleistä tavoitetta, jotka koskevat samalla myös mielenterveys- ja päihdepotilaiden palveluita:

- Palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen.
- Toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön.
- Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen.
- Palveluiden monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistaminen.
- Kustannusten nousun hillitseminen.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelmassa painotetaan mielenterveyspalveluiden kehittämistä ja noin kolmasosa ohjelman rahoituksesta tulee mielenterveysstrategiasta.

Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluita kehitetään siis osana perustason palvelukokonaisuutta, erillisen kehittämisohjelman sijaan. Kokonaisuuden kehittämällä pyritään seuraaviin tavoitteisiin:

- Kehittämisessä vahvistetaan yhteistyökäytäntöjä, joilla erikoissairaanhoidon tukea perustason palveluja sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Tällä nopeutetaan avun saamista matalalla kynnyksellä, vältetään lähetekäytännöistä johtuvia viiveitä ja pyritään kokonaisresurssitarpeen vähentämiseen.
- Sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdepalvelut huomioidaan asiakkaan hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja arjen sujumisen tukena, niin yksilölle kuin perheelle.
- Parannetaan mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa olevien henkilöiden somaattisen terveydenhuollon toteutumista.
- Parannetaan somaattisten sairauksien vuoksi hoidossa olevien henkilöiden mielenterveyspalvelujen toteutumista.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut korostuvat erityisesti, kun parannetaan palveluiden saatavuutta ja hoitoon pääsyä sekä kun otetaan käyttöön psykososiaalisia menetelmiä kaikille ikäryhmille. Osana kehittämiskokonaisuutta painotetaan lasten, nuorten ja perheiden mielenterveys- ja päihdenäkökulmaa. Lapsi- ja perhepalvelujen alueellisen kehittämisen ohjelmassa:

- Tuetaan lasten ja nuorten mielenterveyttä ja arjen hyvinvointia.
- Turvataan lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveyttä vahvistavien palvelujen saatavuus.
- Lisätään päihdeettömyyttä vahvistavia matalan kynnyksen palveluja. Kehittämiskohteena ovat muun muassa varhainen tuki ja nuorten arkiympäristöihin jalkautetut palvelut.
- Vahvistetaan yhteistyökäytäntöjä ehkäiseviä interventioita ja hoitoa toteuttavissa monialaisissa lasten ja nuorten perustason palveluissa ja toimintamalleissa.
- Lisätään mielenterveys- ja päihdetyön menetelmäosaamista.
- Rakennetaan lapsi- ja perhepalveluihin systemaattiset lasten ja nuorten tuen mallit tilanteissa, joissa vanhemmalla tai muulla läheisellä on päihde- ja/tai mielenterveysongelma.

Hyvinvointialueiden tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman kehittämissisällöissä (kuva 1) näkyy mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen monipuolisesti. Kehittämistyössä on tärkeä yhteensovittaa Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman sekä mielenterveysstrategian toimeenpanon toimenpiteet. Hyvinvointialueet ovat valinneet sisällöt ja painopisteet omien alueellisten tarpeidensa mukaan kuitenkin siten, että kaikilla tuli sisältyä hankkeisiin psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton laajentaminen kaikille ikäryhmille yhteistyössä yliopistollisen sairaalan kanssa. Yliopistolliset sairaalat saivat tämän sisällön koordinoititehtäviin erillisen valtionavustuksen, jolla tuetaan keskittämisasiäsetuksen (2017) mukaisia tehtäviä ja yhteiskehittämistä hyvinvointialueiden kanssa.

Miten palvelujen saatavuutta parannetaan Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeissa?

Esimerkkejä kehittämisen kohteista, joita hankkeet toteuttavat alueellisten tarpeiden mukaan.



Sote-uudistus

Kuva 1. Esimerkkejä sote-hankkeiden palveluiden saatavuuden kehittämisen kohteista. Lähde: THL.

Viitteet

STM 2021: Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023: [Ohjelma ja hankeopas](#). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2021:27. Helsinki. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5655-1>.

Asetus 2017: [Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017](#).

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelma ja mielenterveysstrategian toimeenpanon tuki

Anu Vähäniemi

Merkittävin kansallinen panostus mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen tukeen oli vuoden 2022 aikana laaja koulutus- ja työpajasarja sekä kehittämisverkostojen kokoaminen. Kansallisia verkostopäiviä toteutettiin neljä ja näiden tilaisuuksien perään jokaiselle yhteistyöalueelle (Etelä-, Länsi-, Sisa-, Itä ja Pohjois-Suomi) kehittämistä syventäviä aluetilaisuuksia. Tilaisuuksien sisällöt etenivät perustason palveluita vahvistaen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluiden saatavuudesta varhaisen tuen ja hoidon teemoihin, integroiden sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmat.

Verkostopäiviin osallistui kattavasti hyvinvointialueiden esihenkilöitä, kehittäjiä ja asiakastyötä tekeviä ammattilaisia, mutta myös järjestöjä ja muita sidosryhmiä, webinaarikohtaisesti osallistujamäärät olivat 260–380 henkilöä. Tilaisuuksien tavoitteena oli tukea alueilla tapahtuvaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä kirkastamalla palvelukokonaisuuksia ja selkiyttämällä eri toimijoiden vastuita, sekä kytkeä yhteen lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistyötä. Jokaisessa yhteistyöaluetilaisuudessa kuultiin myös kokemusasiantuntijan puheenvuoro.

Psykososiaalisten menetelmien käyttöönottamista kaikille ikäryhmille tuettiin viidellä yhteiskehittämisen käynnistymistä tukevalla tilaisuudella hyvinvointialueiden ja yliopistollisten sairaaloiden koordinaatiohankkeiden välillä. Lisäksi THL järjesti kaksi nuorten menetelmien käyttöönoton ja juurruttamisen seurantapäivää. Lasten ja nuorten palveluiden kehittämistä on tuettu lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittäjien kuudessa verkostotapaamisessa, joissa on ollut mielenterveys- ja päihdetyön painotus.

THL kokoaa ja ylläpitää kehittämisen tuen verkostoja. Kansallinen mielenterveys- ja päihdepalveluita kehittävien verkosto osana Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmaa perustettiin keväällä 2022. Ver-

kosto kattaa kaikki hyvinvointialueet. Verkoston kautta saadaan tietoa alueiden tarvitsemasta kohdennetusta tuesta, tuetaan uusien toimintamallien käyttöönottamista ja hyödynnetään yhtenä alueille tiedottamisen kanavana.

LAPE-muutosohjelman hanketuessa on verkotettu yhteen teemakohtaisesti kehittäjäverkostot, joiden teemoina ovat opiskeluhoito, kasvatus- ja perheneuvonta, neuropsykiatristen häiriöiden (nepsy) palvelut ja nuorten päihdepalvelut. Valtakunnallisen perhekeskusverkoston kautta on tullut tukea lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi.

Viestintä on ollut merkittävässä roolissa hanketuessa. Tulevaisuuden sote-keskusohjelman hanketoimistosta on vastattu tilaisuuksien markkinoinnista ja monimuotoisesta viestinnästä, esimerkiksi useita mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistä koskevia uutiskirjeitä on laadittu. Hanketuen ja hanketoimijoiden yhteistyötä on helpotettu Teams-työtiloilla ja Innokylän hyödyntämisellä.

11 ITSEMURHIEN EHKÄISYOHJELMAN TOIMENPIDE-EHDOTUKSET JA OHJELMAN ETENEMINEN

11.1 Itsemurhien ehkäisy -hankkeet

Mielenterveys on ihmisen ja yhteiskunnan inhimillistä pääomaa. Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmassa tätä pääomaa pyritään kasvattamaan ja suojaamaan myös itsemurhien estämisen toimenpiteillä.

Itsemurhien ehkäisy -hankkeet keskittyivät niihin alueisiin ja väestöryhmiin, joissa itsetuhoisuus on edelleen muuta maata ja väestöä yleisempää. Hankkeet torjuivat yksinäisyyttä ja vahvistavat yhteisöllisyyttä. Ne lisäsivät vapaaehtoistukea sekä järjestöjen roolia sosiaali- ja terveystalvelujen ja vanhuspalvelujen tukena.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuki hankkeiden toimintaa järjestämällä koulutustilaisuuksia ja verkostotapaamisia, kokoamalla ja julkaisemalla toimeenpanon kannalta keskeistä tietoa, viestimällä laajasti eri aihealueista ja tuottamalla erilaisia tukimateriaaleja. Hankkeet saivat lisäksi paljon hankekohtaista kohdennettua tukea ja käytännön ohjausta.

Mielenterveysstrategiaa ja Itsemurhien ehkäisyohjelmaa toimeenpanevien valtionavustushankkeiden tuotokset raportoidaan tässä raportissa toimintamallikuvauksina. Kuvaus on tiivis ja selkeä esitys hankkeen päätuotoksesta. Hankkeet tuottavat myös loppuraportin, jossa raportoidaan esimerkiksi kohdattujen asiakkaiden määrät yms.

Itsemurhaa yrittäneen tai itsemurhaan kuolleen asiakkaan hoitotyön arviointiprosessi

Kohderyhmä

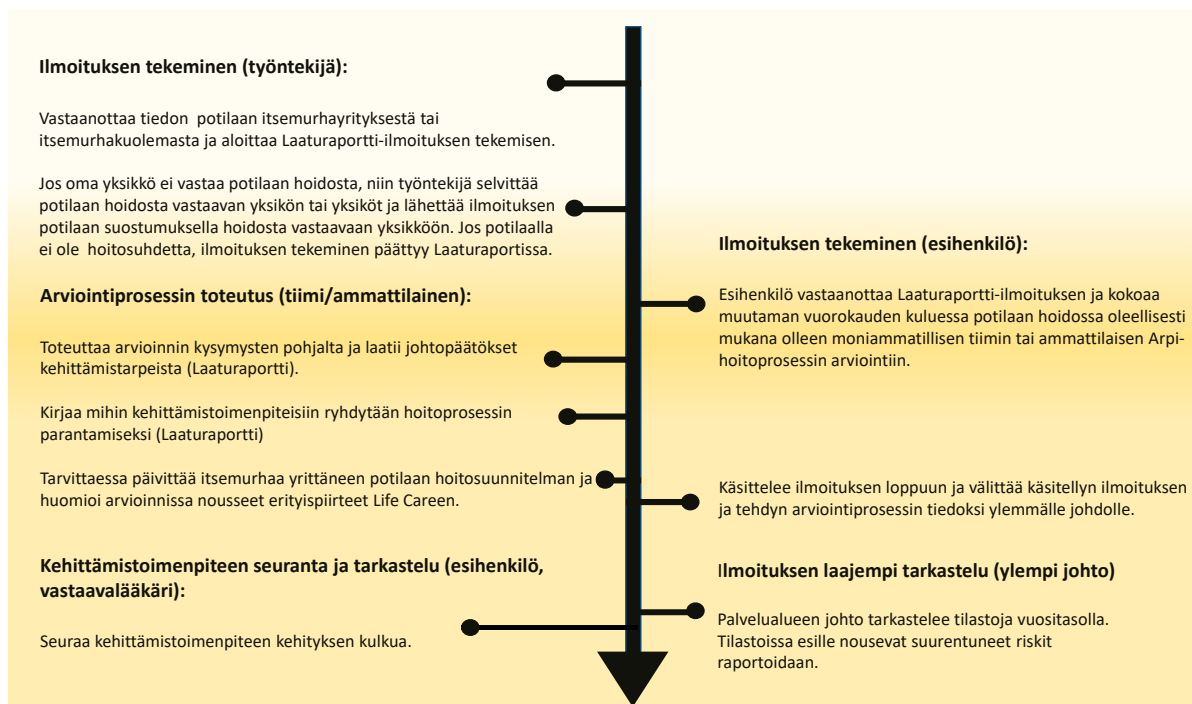
Hoitotyön ammattilaiset ja organisaatiot, jotka toimivat itsetuhoisten henkilöiden tai ovat toimineet itsemurhaan kuolleiden kanssa.

Ydintavoite

Tavoitteena on, että itsemurhaa yrittäneen tai itsemurhaan kuolleen henkilön hoitotaho käy selkeän arviointiprosessin avulla läpi sen, miten yksikössä oli tunnistettu asiakkaan itsemurhavaara, miten siihen oli reagoitu ja miten itsemurhavaaraa oli pyritty vähentämään. Arvioinnilla pyritään löytämään kehittämiskohteet vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi sekä tuottamaan valtakunnallista tietoa itsemurhiin ja itsemurhayrityksiin liittyvistä tekijöistä. Arvio toteutuu teknisesti osana sote-palveluissa käytettävää potilas- ja asiakasturvallisuuden vaarantumisilmoitusta. Pilottivaiheessa prosessi otetaan käyttöön Laatuportti- ja Hai-pro -raportointijärjestelmissä.

Toimintamalli

Arviointiprosessi alkaa, kun ammattilainen vastaanottaa tiedon itsemurhasta tai itsemurhayrityksestä. Arvioinnissa käydään läpi asiakkaan itsemurhan tai itsemurhayrityksen tekotapa, itsemurhariskin arviointi edeltäneen kahden viikon ajalta, itsemurhariskitekijät, hoito ja toimenpiteet. Lisäksi kirjataan ylös kokonaisarvio, kehittämiskohteet, käynnistettävät toimenpiteet, tieto asiakkaan hoitosuunnitelman päivittämisestä sekä perheen ja läheisten huomioimisesta ja työyhteisölle tarjotusta tuesta.



Kuva: Hoitotyön arviointiprosessi alkaa, kun ammattilainen vastaanottaa tiedon itsemurhasta tai itsemurhayrityksestä.

Haasteet ja ratkaisut

Tiukat tietosuojasäädökset (esimerkiksi itsemurha- tai itsemurhayritystiedon siirtyminen hoitavaan yksikköön prosessin käynnistämiseksi). Pilottivaiheessa ratkaisuna on päädytty itsemurhayritystapa- uksissa pyytämään asiakkaan lupa tiedon siirtämiseksi. Lisäksi on todettu, että kaikissa tapauksissa AR- PI prosessia ei pystytä toteuttamaan, jos tieto ei välity yksikköön.

Arvion tarpeen tunnistaminen tilanteissa, joissa asiakkaalla ei ole virallista hoitosuhdetta, mutta käyntejä tietyissä palveluissa (esim. päivystys) on useampia. Pilottivaiheessa käynnistämisen tarpeelle ei ole tehty tarkkoja määritelmiä, vaan ne on jätetty ammattilaisen arvion varaan. Pilotin aikana on ta- voitteena saada tietoa käytännön tasolla, onko tarkalle määrittelylle tarvetta ja millaisia raja-arvoja tu- lisi määrittää.

Ammattilaisten ajankäyttö sekä arviointia tehdessä että perehdytysvaiheessa. Pilottivaiheen koke- musten avulla mallista pyritään luomaan mahdollisimman helppokäyttöinen. Lisäksi toimintamalli on ajateltu lisättäväksi osaksi työntekijän potilasturvallisuusperehdytystä (vaaratilanneilmoitus).

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/arpi-itsemurhaa-yrittaneen-tai-itsemurhaan-kuolleen-asiakkaan-hoitotyon): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/arpi-itsemurhaa-yrittaneen-tai-itsemurhaan-kuolleen-asiakkaan-hoitotyon>
- Mallin kehittäjä: Apua ajoissa! - hanke
- Pilotointi: Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Linity-menetelmäosaajakoulutus

Linity tulee sanoista lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneelle. Interventio on suunnattu jo aikaisemmin itsemurhaa yrittäneille ihmisille. Menetelmä on osa Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito Käypä hoito -suositusta.

Linity-menetelmäosaajakoulutus on maksullista ammatillista täydennyskoulutusta ja sitä järjestää MIELI Suomen Mielenterveys ry. Koulutuksen hinnat ovat 1.1.2023 alkaen: 915 euroa/osallistuja MIELI ry:n jäsenjärjestöille ja 1 220 euroa/osallistuja muille osallistujille.

Kohderyhmä

Koulutus on suunnattu kriisityön, terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille, jotka työssään kohtaavat itsemurhaa yrittäneitä.

Tavoitteet

Itsemurhien ja itsemurhayritysten ehkäiseminen luomalla ammattilaisten käyttöön Linity-menetelmän koulutusmalli.

Linity-menetelmäkoulutuksen kuvaus

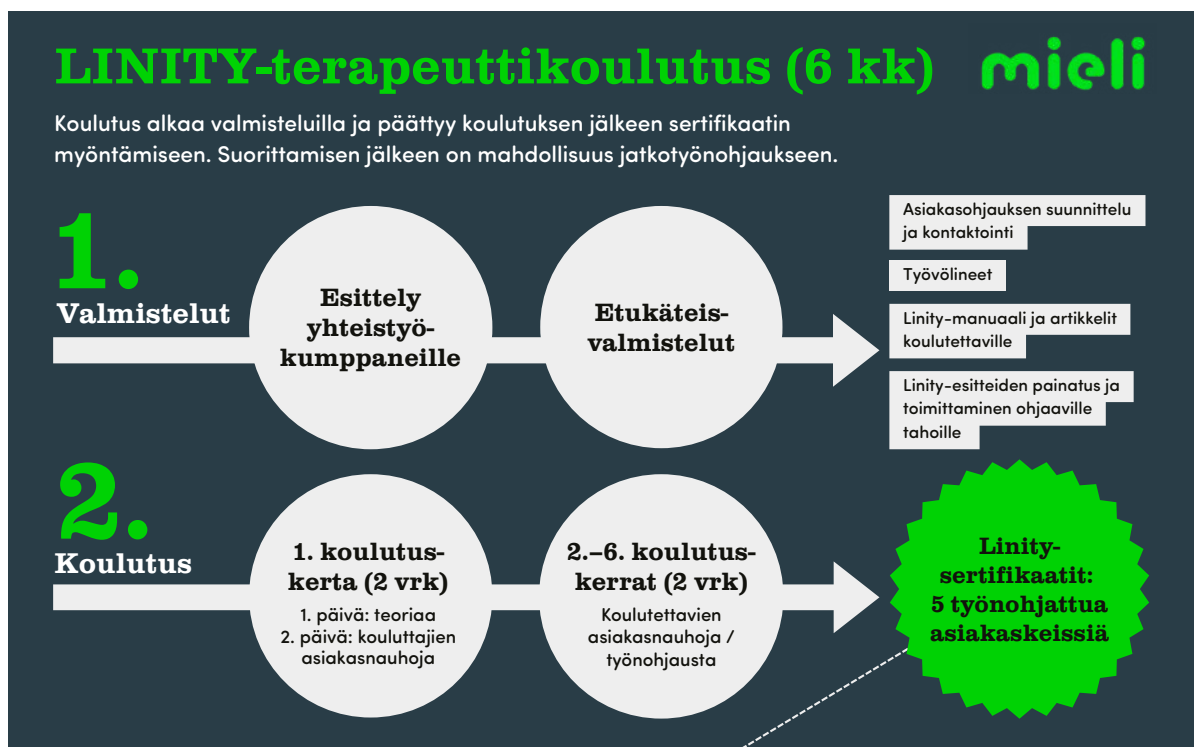
Linity perustuu itsemurhakäyttäytymisen laukaisevien tekijöiden tunnistamiseen ja turvasuunnitelmaan, jolla vältetään ajautuminen uuteen itsemurhayritykseen. Se koostuu 3–4 tapaamisesta Linity-työntekijän kanssa, jonka jälkeen yhteyttä pidetään kirjeitse kahden vuoden ajan.

Koulutettavien taustaorganisaatioiden kanssa sovitaan etukäteisvalmistelut: työntekijöiden tarvitsemat työtilat ja työvälineet, säännöllinen asiakasohjaus eri yksikköjen välillä, asiakkaiden jatkokirjeseurannasta sopiminen sekä koulutus- ja työnohjauspäivät. Koulutettavat saavat ennakkotehtävänä Linity-käsikirjan sekä muuta kirjallista materiaalia.

Ensimmäinen koulutustapaaminen on kaksipäiväinen, joista ensimmäinen päivä on teoriaa ja tutkimustietoa ja toinen päivä käytännön koulutusta kouluttajien asiakasnauhojen perusteella. Seuraavat viisi koulutuskertaa ovat työnohjausta, jossa perehdytään koulutettavien omiin asiakaskeisihin. Koulutuspäivinä jokaisella koulutettavalla on mukanaan asiakasnauhoite ja siitä kirjallinen tiivistelmä. Koulutuksen aikana jokaiselta koulutettavalla työnohjetaan viisi asiakastapaamista. Linity-sertifikaatin saa viiden henkilökohtaisesti työnohjatun asiakkuuden jälkeen.

Haasteet ja ratkaisut

Haasteena voi olla saada säännöllistä asiakasohjausta kaikille koulutettaville. Ratkaisuna tähän on aktiivinen Linity-interventiosta tiedottaminen itsemurhaa yrittäneitä kohtaaville tahoille. Toinen hyväksi todettu ratkaisu on järjestää koulutusryhmälle viikoittainen palaveri, jossa asiakkaita ohjataan eri työntekijöille, koulutukseen liittyvä tarve huomioiden. Taustaorganisaatioiden sitoutuminen yhteistyöhön on ensiarvoisen tärkeää. Tarvittavan työajan suunnittelu Linity-asiakastyöhön, asiakasohjauksen järjestäminen sekä koulutuspäiviin osallistumisen mahdollistaminen edesauttavat koulutuksen toteutumista suunnitellussa ajassa.



Kuva: Linity-menetelmäkoulutus alkaa valmisteluilla ja päättyy koulutuksen jälkeen sertifiikaatin myöntämiseen.

Lisätietoja

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itro-hanke-2021-2022-itsemurhien-ehkaisy-riskiryhmainterventioiden-ja-osaamisen/kehittamisen-polku): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itro-hanke-2021-2022-itsemurhien-ehkaisy-riskiryhmainterventioiden-ja-osaamisen/kehittamisen-polku>
- Pilotointi: Meri-Lapin alue
- Kehittäjät: MD, Prof. emeritus, Konrad Michel ja PhD. Anja Gysin-Maillart. Suomessa Linity-menetelmäkoulutuksen kouluttajapätevyys on tällä hetkellä vain MIELI Suomen Mielenterveys ry:ssä.

Mielenterveyden ensiapukoulutus ryhmämuotoisessa kuntouttavassa työtoiminnassa

MTEA koulutus toteutetaan osana ryhmämuotoista kuntouttavaa työtoimintaa noin kuukauden jälkeen ryhmän käynnistymisestä, jolloin ryhmäytyminen ja tutustuminen ovat jo takana.

Kohderyhmä

Pitkäaikaistyöttömät sekä heidän parissaan työskentelevät ammattilaiset

Tavoite

Välittää tietoa mielenterveydestä sekä keinoista parantaa omaa ja läheisten hyvinvointia. Kannustaa ja ohjata jokaista koulutukseen osallistujaa huolehtimaan omasta mielenterveydestään sekä antaa tähän käytännön vinkkejä. Samalla ehkäistään mielenterveyden haasteiden aiheuttamia mahdollisia haittoja.

Toimintamalli

Koulutuksen kesto on noin 12 tuntia ja siihen kuuluu viisi osiota; mielenterveys osana hyvinvointia ja terveyttä, tunnetaidot, elämän monet kriisit ja selviytyvä ihminen, ihmissuhteet ja vuorovaikutus mie-

lenterveyden tukena sekä mielenterveys ja arjen taidot. Koulutuksen jälkeen osallistujat tietävät mitä mielenterveys on ja millä tavalla mielenterveyttä voi edistää.

Kun on osallistunut Mieli ry:n mielenterveyden ensiapu peruskurssille, on mahdollista jatkaa koulutusta ohjaajakurssille. Sen jälkeen on mahdollisuus järjestää koulutuksia omassa organisaatiossa. Mieli ry tarjoaa maksuttomana oppimateriaalin koulutuksiin, jotka järjestetään heikoimmassa asemassa oleville. Koulutuksen järjestäminen ei siten aiheuta kustannuksia, jos organisaatiossa on oma kouluttaja.

Haasteet ja ratkaisut

Koulutuksissa on käynyt ilmi, että osa koulutuksen aiheista saattaa aiheuttaa epämukavuutta osallistujissa. Jotkut aiheet ovat saattaneet nostaa esiin vanhan trauman tai toimia triggerinä asiakkaan elämässä läsnä olevassa haasteessa. Koulutuksessa on mahdollista valita keskustelut, kysymykset sekä tehtävät kohderyhmän toiveiden ja tarpeiden mukaan. Sisällössä ei ole erikseen painotettu työttömyyden vaikutuksia mielenterveyteen. Tämä voisi olla hyvä lisä kokonaisuuteen.

Ehkä isoin haaste koulutuksen pitämiseen ryhmämuotoisessa kuntouttavassa työtoiminnassa on silloin, jos osallistuja ei koe olevansa siellä vapaaehtoisesti. Mikäli osallistuja ei ole valmis ottamaan tietoa vastaan, koulutuksella voi olla triggeröiviä vaikutuksia.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielenterveyden-ensiapu-1-koulutus-ryhmamuotoisessa-kuntouttavassa-tyotoiminnassa): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/mielenterveyden-ensiapu-1-koulutus-ryhmamuotoisessa-kuntouttavassa-tyotoiminnassa>
- Toimintamallin kehittäjät: Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry, Yhes eteenpäin Itsemurhien ehkäisy -hanke Kymenlaaksossa, Korttelikodit Kouvola ja Parik Säätio Kouvola.
- Toiminta-alue: Koulutuksia on järjestetty Yhes eteenpäin -hankkeen toiminta-alueella Kymenlaaksossa, Kotkassa sekä Kouvola.

Itsemurhavaarassa olevan henkilön tai itsemurhaa yrittäneen hoito- ja palvelupolku

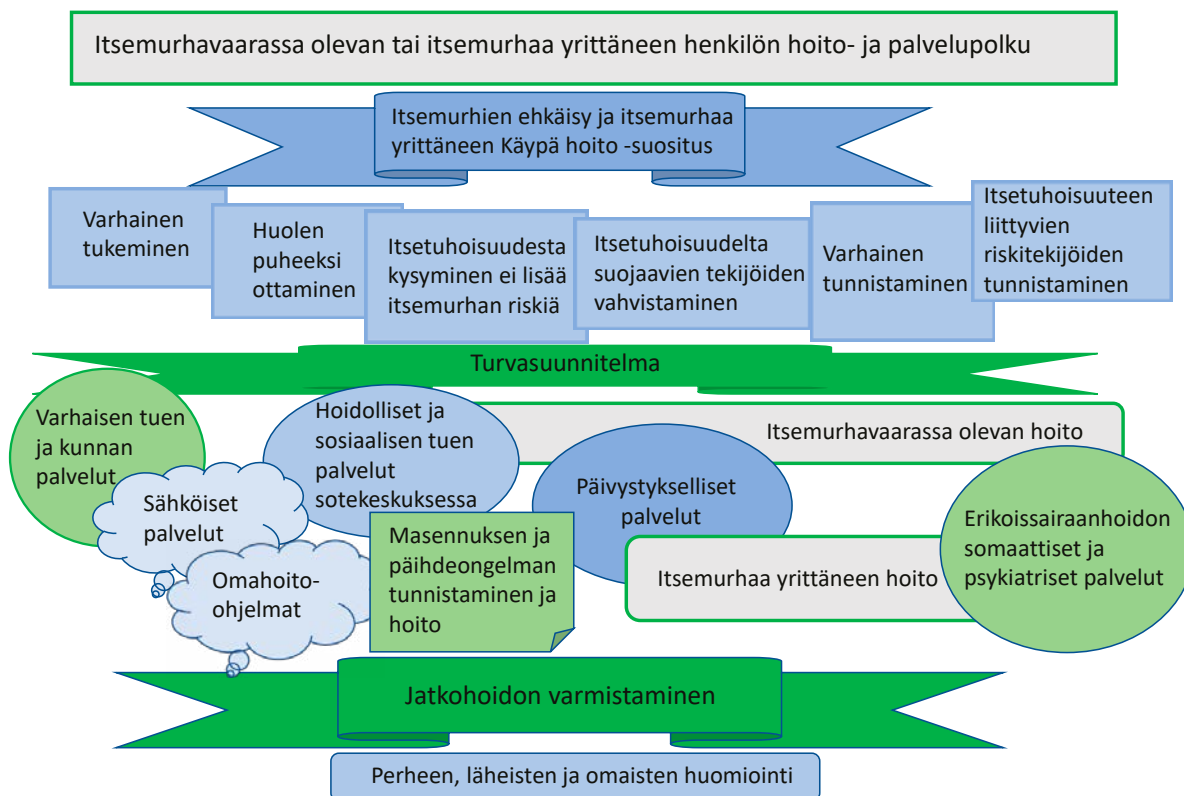
Kohderyhmä

Kainuulaiset asukkaat

Tavoite

Tavoitteena lisätä asukkaiden tietoisuutta itsemurhien ehkäisystä, varhaisesta tuesta, riskien tunnistamisesta, itsetuhoisuuden huolen puheeksi ottamisesta ja saatavilla olevista palveluista. Hoito- ja palvelupolun kuvaus on julkaistu asukkaille ja ammattilaisille Kainuun sotien julkisille verkkosivuille.

Toimintamallin kuvaus



Kuva: Itsemurhavaarassa olevan tai itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito- ja palvelupolku.

Haasteet ja ratkaisut

Hoito- ja palveluketjujen suunnitteluvaiheessa verkkosivuille oli saatavilla runsaasti materiaalia, mutta se oli hajallaan. Sosiaali- ja terveyspalveluissa ammattilaisille tehtyjä olemassa olevia työohjeita oli vaikea löytää ja osa ohjeista ei ollut ajan tasalla. Materiaali ja työohjeet piti päivittää ja tarkistaa, ennen kuin ne voitiin soveltaa verkkosivuille asukkaiden käyttöön. Päivittämisen ja materiaalin valinnan apuna sekä hoito- ja palvelupolkujen määrittämisessä käytettiin Käypä hoito -suositusta Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoidosta. Hoito- ja palvelupolut on julkaistu Kainuun soten nuorille, työikäisille ja ikäihmiselle, mikä koettiin saadun palautteen perusteella hyvänä ratkaisuna.

Lisätiedot

- [Innokylä](https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itsemurhavaarassa-olevan-henkilon-tai-itsemurhaa-yrittaneen-hoito-ja-palvelupolku): <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/itsemurhavaarassa-olevan-henkilon-tai-itsemurhaa-yrittaneen-hoito-ja-palvelupolku>
- Toimintamallin kehittäjät: Kainuun sote, Mukana elämässä - Itsemurhien ehkäisy Kainuussa -hanke, suunnittelijat Hujanen Eija, Rajatalo Maarit ja Salin Anne, projektipäällikkö Pikkarainen Saara, projektisihteeri Juntunen Hanna-Kaisa

Dialektinen käyttäytymisterapia (dkt) perus- ja erikoistason yhteistyönä

Kohderyhmä

Henkilöt, joilla on tunne-elämän säätelyvaikeuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä.

Tavoitteet

Parantaa ja tehostaa tunne-elämän epävakaudesta ja itsetuhoisesta käyttäytymisestä kärsivien henkilöiden hoitoa ja elämänlaatua.

Ongelma

Asiakkaalla voi olla useita samanaikaisia hoitokontakteja eri terveydenhuollon yksiköissä, joka kuormittaa sekä terveydenhuoltoa että asiakasta. Käytössä olevat hoitomuodot, hoidon laatu ja osaaminen vaihtelevat hoitoyksiköittäin, joka asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan.

Ratkaisu

Perus- ja erikoistason yhdessä toteuttama dialektinen käyttäytymisterapia, joka on strukturoitu ja vaikuttava hoitomenetelmä.

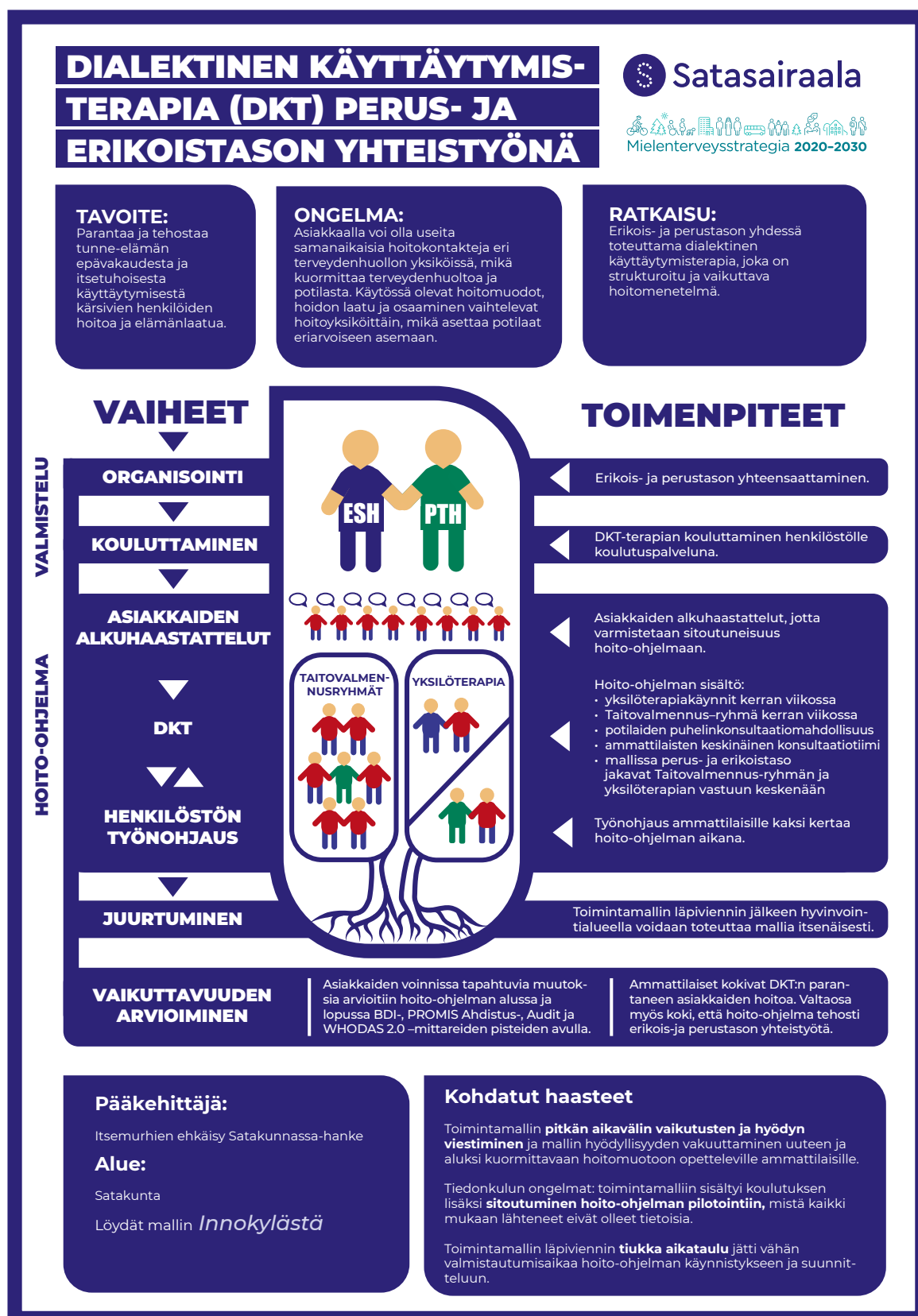
Kohdatut haasteet

Toimintamallin pitkän aikavälin vaikutusten viestiminen ja mallin hyödyllisyyden vakuuttaminen uuteen ja aluksi kuormittavaan hoitomuotoon opetteleville ammattilaisille.

Tiedonkulun ongelmat: toimintamalliin sisältyi koulutuksen lisäksi sitoutuminen hoito-ohjelman pilotointiin, josta kaikki mukaan lähteneet eivät olleet tietoisia.

Toimintamallin läpiviennin tiukka aikataulu jätti vähän valmistautumisaikaa hoito-ohjelman käynnistykseen ja suunnitteluun.

- Pääkehittäjä: Itsemurhien ehkäisy Satakunnassa-hanke
- Alue: Satakunta
- [Löydät mallin Innokylästä](https://innokyla.fi/toimintamalli/dialektinen-kayttaytymisterapia-dkt-perus-ja-erikoistason-yhteistyona): Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) perus- ja erikoistason yhteistyönä | Innokylä (innokyla.fi) <https://innokyla.fi/toimintamalli/dialektinen-kayttaytymisterapia-dkt-perus-ja-erikoistason-yhteistyona>



Kuva: Dialektinen käyttäytymisterapia perus- ja erikoistason yhteistyönä saadaan juurrutettua eri vaiheiden sekä toimenpiteiden avulla.

11.2 Haastavat vuorovaikutustilanteet -hanke (HAAVA)

Pia Solin

Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman 2020–2030 lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa ja sen eri toimialoilla ja tasoilla. Yksi mielenterveysstrategian ehdotus linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi on, että tunnistetaan, missä ammattiryhmissä, ihmisryhmissä ja yhteisöissä mielenterveysosaamista ja -taitoja erityisesti tarvitaan, ja lisätään osaamista näissä ryhmissä. Ammattiryhmistä tämä koskee sellaisia työtehtäviä, joissa on keskeistä tiivis vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa.

Itsemurhien ehkäisyohjelman ehdotukset sen tavoitteiden saavuttamiseksi liittyvät muun muassa asenteisiin vaikuttamiseen. Jokainen voi auttaa itsemurhavaarassa olevaa syyllistämättä ja inhimillisesti. Tämä edellyttää paitsi mielenterveyshäiriöihin myös päihtymykseen tai päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden käsittelyä, koska huomattavalla osalla itsemurhaan kuolleista on ollut mielenterveyshäiriö tai päihdeongelma tai molemmat. Yhtenä ammattilaisten avainryhmänä ovat poliisit.

Asenteisiin vaikuttamisen lisäksi itsemurhien ehkäisyohjelma ehdottaa mielenterveysosaamisen ja -taitojen koulutuksen lisäämistä esimerkiksi työpaikoilla, työelämän muutoskohdissa ja johtamisessa. Henkilöstön työhyvinvointi on organisaatioiden tärkein pääoma, ja mielenterveys on keskeinen osa sitä. Mielenterveysosaaminen parantaa työntekijän omia keinoja tunnistaa kuormitusta ja työuupumusta ja tukea omaa mielen hyvinvointia.

Haastavat vuorovaikutustilanteet (HAAVA) -hankkeen tavoitteena on tuottaa koulutusmateriaalia poliisiin perustutkinto- ja täydennyskoulutukseen. Hanke toteutetaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Mielenterveys -asiantuntijatiimin ja Poliisiammattikorkeakoulun opetus- ja TKI-toiminnan yhteistyönä.

Tämän hankkeen avulla pyritään toteuttamaan yllä mainittuja Mielenterveysstrategian ja Itsemurhien ehkäisyohjelman ehdottamia toimenpiteitä, siten, että ne lisäävät poliisiksi opiskelevien ja poliisina toimivien mielenterveysosaamista sekä antavat työkaluja haastaviin kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteisiin. Tietojen ja taitojen karttuminen lisää myös ammattilaisen työhyvinvointia.

Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa marras-joulukuussa 2021 tehtiin esiselvitys jo poliiseina toimivan henkilöstön ja poliisin perustutkintoa opiskelevien koulutustarpeista liittyen itsetuhoisten henkilöiden kohtaamiseen ja akuuttien itsemurhavaaratilanteiden ratkaisemiseen. Esiselvitys kerättiin Oulun-, Lapin-, Hämeen-, Sisä-Suomen- ja Itä-Suomen poliisilaitoksella työskenteleviltä poliiseilta. Lisäksi kysely lähetettiin opiskelijakunnan puheenjohtajan kautta poliisiammattikorkeakoulun suomen- ja ruotsinkielisille AMK-tutkinto-opiskelijoille, jotka olivat palanneet harjoittelujaksolta. Vastauksia saatiin 182 kappaletta valtakunnallisesti kaikilta kenttäalueilta.

Esiselvityksestä kerätyt tiedot analysoitiin sekä tilastollisin että laadullisin menetelmin. Esiselvityksen tuloksista kävi ilmi, että vaikkakin poliiseilla ja poliiseiksi opiskelevilla oli jonkin verran tietoa itsemurhien ehkäisyyn liittyvistä aiheista, lisätietoa ja työkaluja tarvittiin ja toivottiin. Alkuvuodesta 2022 tulokset esiteltiin hankkeen taustaryhmän kokouksessa, jossa suunniteltiin tulevan kurssin sisältöä.

Esiselvityksen ja suunnittelun pohjalta tuotetaan verkko-opetusmateriaalia, johon sisältyy oppimistehtäviä ja harjoituksia, jotka koostuvat luettavan materiaalin lisäksi erilaisista podcasteista ja videoista. Esimerkkinä videoista mainittakoon skenaarioharjoitukset, jotka suunniteltiin ja käsikirjoitettiin helmi- ja maaliskuun välisenä aikana. Suunnittelutyöhön osallistui työryhmän lisäksi taustaryhmän jäseniä sekä Poliisiammattikorkeakoulussa työskentelevää henkilökuntaa. Skenaariot kuvattiin huhtikuussa Poliisiammattikorkeakoulun harjoituskaupungissa.

Haava-koulutusmateriaali pilotoitiin kesäkuussa 2022. Opiskelijat ilmoittautuivat pilottikurssiin Poliisiammattikorkeakoulun Wilma-järjestelmän kautta ja esiselvitykseen vastanneiden poliisilaitos-

ten kenttähenkilöstölle lähetettiin ilmoittautumissähköposti valvonta- ja hälytystoiminnan sektorinjohtajan kautta.

Pilottiin osallistuneilta kerättiin sähköisesti palaute, jossa pyydettiin arvioimaan sekä koulutuksen sisältöä että toimivuutta aiheen kannalta. Palautteen perusteella koulutussisältöä muokataan siten, että koulutus on valmis käytettäväksi Poliisiammattikorkeakoulun Moodle-alustalla loppuvuodesta 2022.

Koulutussisältöä tullaan hyödyntämään myös THL:n Itsemurhien ehkäisyn verkkokoulussa soveltuvin osin. Esiselvityksen ja palautekyselyn perusteella tullaan kirjoittamaan julkaisuja ammatti- ja tieteellisiin julkaisuihin. HAAVA-hankkeen aikana on ilmestynyt jo kolme blogia aiheesta taustaryhmän jäseniltä sekä ruotsinkielinen lopputyö Poliisiammattikorkeakoulun opiskelijalta.

11.3 Itsemurhien ehkäisyn verkkokoulu

Pia Solin ja Timo Partonen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Itsemurhien ehkäisy -verkkokoulu toteutettiin osana pääministeri Juha Sipilän hallituksen kärkihanketta Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta. Verkkokoulun rahoittivat Sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) yhdessä. Tämän hankkeen toteuttamiseen oli käytettävissä 0,25 miljoonaa euroa vuosina 2017–2018.

Perusterveydenhuollon ammattilaisten valinta kohderyhmäksi valikoitui vankan tutkimustiedon perusteella. Tuoreimman kotimaisen tutkimustiedon mukaan Suomessa 2016–2018 itsemurhaan kuolleista 66 % oli käynyt terveydenhuollossa viimeisten 30 päivän aikana ja 46 % viimeisen viikon kuluessa. Itsemurhapäivänään 21 % oli ollut terveydenhuollon vastaanotolla. (Partonen ym 2022) Myös aiempi tutkimustieto (esimerkiksi Lake 2008) on antanut samansuuntaisia tuloksia. On mahdollista, että tätä joukkoa hoitavan henkilöstön osaaminen on ollut puutteellista itsetuhoisuuden tunnistamisessa ja itsemurhan ehkäisyssä.

On hyvä huomioida, että terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisesti puutteellisiin arviointi- ja hoitotaitoihin liittyy useita tekijöitä, kuten heikko mielenterveyden lukutaito (esimerkiksi toivottomuuden tai huonojen selviytymiskeinojen tunnistamisessa), vähäinen kokemus, leimautumisen pelko, puutteellinen yhteistyö psykiatrien kanssa sekä heikot haastattelutaidot. Hankkeen pyrkimys olikin itsemurhien ehkäisy -koulutuksen kautta lisätä mielenterveyden ja itsetuhoisuusriskin lukutaitoa ja osaamisen itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksiotossa ja siten vähentää itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhia sekä tehostaa mielenterveyshäiriöiden tunnistamista ja hoitoa.

Vuosina 2017–2018 luentoina ja pienryhmissä annettu koulutus sekä vuonna 2019 toteutetussa verkkokoulussa tarjottava sisältö jakautuu seuraaviin osa-alueisiin; 1) itsetuhoisuuteen liittyvät riskitekijät ja siltä suojaavat tekijät, 2) itsemurhavaarassa olevien henkilöiden tunnistaminen, 3) kohtaaminen ja puheeksiotto ja 4) jatkotoimenpiteet. Sisältö perustuu tutkimustietoon, mutta toteutus on hyvin käytännön läheinen antaen työkaluja erilaisten pohdintatehtävien ja videoiden kautta.

Kahden vuoden aikana toteutettiin 45 koulutusta eri puolella Suomea ja koulutukseen osallistui yli 2000 ammattilaista eri aloilta. Koulutus koettiin hyödylliseksi myös kohderyhmän ulkopuolisissa ammattiryhmissä, kuten sosiaalialan ja mielenterveysalan ammattilaisten parissa. Osallistujien itsearviointu osaaminen lisääntyi kaikilla koulutuksen osa-alueilla. (Solin ym 2019.)

THL:n tarjoama verkkokoulu on kaikille avoin ja maksuton. Sitä on mahdollista hyödyntää niiltä osin kuin ammattilainen tai aiheesta muuten kiinnostunut haluaa ja kokee tarvitsevansa tietoa itsemurhien ehkäisyyn liittyvistä teemoista ja työvälineitä itsemurhavaarassa olevan henkilön kohtaamisessa ja aiheen puheeksiotossa. Verkkokoulun päätteeksi on mahdollista suorittaa verkkotentti ja hyväksytyin suorituksen jälkeen opiskelija voi tulostaa todistuksen.

Itsemurhien ehkäisy -verkkokoulussa on toukokuuhun 2022 mennessä käynyt 1721 kävijää, joista verkkokoulun loppupotentin oli hyväksytysti suorittanut 1621 kävijää. Verkkokoulun sisältö päivitetään sekä laajennetaan kattamaan muun muassa Haastavat vuorovaikutustilanteet –hankkeessa muokattuja koulutussisältöjä. Verkkokoulun uusi versio julkaistaan vuoden 2023 alkupuolella.

Viitteet

- Lake CR (2008). [How academic psychiatry can better prepare students for their future patients](#). Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. *Behavioural Medicine* 34:95–100.
- Partonen T., Grainger M., Kiviruusu O., Suvisaari J. (2022). [Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018](#). *Duodecim* 138(4): 345–352
- Solin P., Jokinen J., Partonen T., Reinikainen J., Seppänen A., Tamminen N. (2019). [Itsemurhien ehkäisy: koulutus perusterveydenhuollon ammattilaisille](#). Työpäperi 20/2019.

12 THL:N MUU TOIMEENPANO

12.1 Työn ja koulutuksen ulkopuolella olevien nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen perusterveydenhuollossa

Piia Karjalainen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämishankkeessa tuotetaan suositus siitä, miten ja millaisissa palveluissa, toimintamalleissa ja yhteistyössä opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon ulkopuolella olevien nuorten hoito ja hoitoon ohjaaminen voisi perusterveydenhuollossa parhaiten onnistua sekä miten näiden nuorten tuen tarpeen tunnistaminen, tuki ja hoitoon ohjaaminen muissa palveluissa voitaisiin tehdä.

Tietoa on kerätty kotimaisista ja kansainvälisistä selvityksistä ja tutkimuksista, jotka koskevat työn ja koulutuksen ulkopuolella olevien nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä palveluiden järjestämisen malleja. Lisäksi on toteutettu Webropol-kysely kaikkiiin sairaanhoitopiireihin perusterveydenhuollon lääkäreille, terveyskeskuspsykologeille ja psykiatrisille sairaanhoitajille sekä mielenterveys- ja päihdehoitajille. Kysely lähetettiin myös erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian työntekijöille sekä nuorisolääkäriverkostolle.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden lisäksi kysely lähetettiin muille tämän ryhmän nuorten kanssa toimiville tahoille, kuten etsivät nuorisotyöntekijät, nuorisoasemat, nuorisotakuutalot, opiskelu- ja kouluterveydenhuollon verkosto, lastensuojelun jälkihuolto (kunnat ja yksityiset toimijat), Ohjaamot, KE-LAn Nuottivalmentajat, Työllisyyden kuntakokeilun työntekijät, TYP-verkosto ja ankkuritoiminnan henkilöstö. Muistutusviesti lähetettiin perusterveydenhuollon ja erityissairanhoidon henkilöstölle.

Kyselylomakkeiden vastausten perusteella valittiin yhteystietonsa jättäneiden joukosta haastateltavaksi 26 eri aloja edustavaa ammattilaista, joille tehtiin puolistrukturoitu haastattelu. Haastateltavien joukosta valittiin kehittämistyöryhmään 20 ammattilaista, joiden kanssa työstettiin suositusten sisältöjä. Kehittämistyöryhmä kokoontui kolme kertaa. Etsivien nuorisotyöntekijöiden kautta saatiin kaksi kokemusasiantuntijanuorta, joiden kanssa kehitettiin edelleen suosituksen sisältöjä kolmella tapaamiskerralla. Suositusta kirjoitetaan parhaillaan. Suositus julkaistaan joulukuun lopussa.

Tulokset ja suositukset

Kyselyyn vastasi 303 ammattilaista, haastatteluun osallistui 26 ammattilaista ja kehittämistyöhön 20 ammattilaista sekä kaksi nuorta kokemusasiantuntijaa. Enemmistö vastaajista oli etsiviä nuorisotyöntekijöitä ja valmentajia. Alueellisesti vastaajia oli eniten Kymenlaaksosta, muuten melko tasaisesti kaikkien sairaanhoitopiirien alueelta.

Kyselyn tulosten mukaan:

- Suurin osa vastaajista koki, että heidän alueellaan mielenterveys- tai päihdepalveluita tarvitsevia nuoria tavoitetaan hyvin tai melko hyvin.
- Useimmilla alueilla on käytössä sovittuja työmuotoja erityisesti työn ja opiskelun ulkopuolella olevien nuorten tavoittamiseksi.
- Suurin osa vastaajista koki, että erityisesti mielenterveyspalveluita on kuitenkin tarjolla riittämättömästi.

- Vain harvalla alueella yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon mielenterveyteen liittyvien palveluiden kanssa on toteutettu toiminnallisena kokonaisuutena – yhteistyö on satunnaista tai palvelut ovat erillään.

Suositukseen kirjattavina keskeisimpinä kohtina nähtiin muun muassa seuraavia asioita:

- Alueilla tulee olla aktiivinen nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, joka yhteensovittaa palveluita, luo yhteisiä menettelytapoja nuoren palveluihin ohjaamisessa sekä sujuvoittaa tiedonvaihtoa.
- Perusterveydenhuollon tulee vahvistaa osallistumistaan nuorten ohjaus- ja palveluverkostos- sa.
- Palveluita ja palvelupolkuja tulee selkeyttää ja niistä tiedottaa sekä ammattilaisia että nuoria ja heidän omaisiaan.
- Nuorelle tulee nimetä vastuutyöntekijä heti ensimmäisen yhteydenoton jälkeen: työntekijä kulkee nuoren rinnalla ottaen kokonaisvaltaisen koordinaativastuun nuoren käyttämistä palveluista, auttaa palveluihin pääsemisessä, vahvistaa nuoren osallisuutta ja huolehtii hänen oikeuksiensa toteutumisesta.
- Moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi tarvitaan suunnitelmallista ja aktiivista yhteistyötä eri palveluntarjoajien kanssa. Näin tuetaan nuorta mielenterveys- ja päihde- palveluihin menemisessä ja hoitoon kiinnittymisessä.
- Hoitosuunnitelma sekä mahdollinen suunnitelma monialaisten palveluiden yhteensovittami- seksi tulee tehdä nuoren kanssa yhdessä.
- Matalan kynnyksen ja jalkautuvien, joustavasti järjestettyjen mielenterveyspalveluiden tarjontaa tulee lisätä ja ne tulee räätälöidä nuoren tarpeita vastaavaksi.
- Helposti saavutettavia lyhytterapeuttisia hoitoja (ahdistuneisuuteen, masennukseen) tulee lisätä perusterveydenhuoltoon.
- Alueella tulisi osoittaa nuorten asioihin perehtynyt ja tämän ryhmän kanssa työskentelemään soveltuva lääkäri hoitamaan nuorten asioita.
- Alueella tulisi osoittaa nuoren asioihin perehtyneitä terveydenhoitajia, jotka tekevät työttömien terveystarkastukset tälle kohderyhmälle ja huolehtivat tarvittavista jatkotoimista.

12.2 ASPAL - asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Satu Viertiö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti ensimmäisen kansallisen asiakaspalautekyselyn mie- lenterveys- ja päihdepalveluissa marraskuussa 2021. Sen mahdollisti Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveysstrategian toimeenpanoon kohdistama rahoitus. Tiedonkeruu oli ensimmäinen kerta, kun asiakaspalautetta kerättiin yhtäläisesti mielenterveys- ja päihdehoitopaikoissa, sekä avo- että lai- toshoidossa, koko Suomen alueella.

Suomessa asiakaspalautetta mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tähän asti kysytty lukuisilla ei tiedonkeruun tavoilla ja lomakkeilla. Jokaisella sairaalalla, hoitolaitoksella, sairaanhoitopiirillä, kunnal- la ja kuntayhtymällä on oma palautteenkeruujärjestelmänsä ja niihin on valittu vaihteleva määrä tee- moja, joista palautetta kysytään. Kansallisesti yhtenäinen lomake ja tiedonkeruun tapa mahdollistaa palvelujen aidon vertailun.

Suunnittelu ja toteutus

Kyselylomakkeen kehittäminen aloitettiin tutkimalla Suomessa ja muualla maailmassa käytössä olevia asiakaspalautekyselyjä. Osa aiheista saatiin Sosiaali- ja terveysministeriön Virta-hankkeen alaisuudessa työskennelleen työryhmän vuosina 2020–2021 määrittelemistä kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa esitettävistä seitsemästä väittämästä yhtenäisen asiakaspalautteen keräämiseksi.

Kansallisten väittämien lisäksi valittiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen erityispiirteet huomiioonottavat väittämät. Hoitopaikkojen työntekijät ja asiakkaat pääsivät kehittämään kyselylomaketta neljässä työpajassa. Niihin osallistui THL:n työntekijöiden lisäksi keskimäärin 25 työntekijää mielenterveys- ja/tai päihdehoitoa antavista hoitopaikoista koko Manner-Suomen alueelta sekä seitsemän kokemusasiantuntijaa. Työpajoissa päätettiin, että samaa lomaketta voi käyttää sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa. Sen sijaan avohoitoon ja laitoshoitoon päätettiin kehittää omat lomakkeet.

Suomessa ei ole tällä hetkellä olemassa rekisteriä, joka sisältäisi terveydenhuollon hoitopaikat, joten hankkeessa tuotettiin osoiterekisteri. Hoitopaikat etsittiin sairaanhoitopiirien, kuntayhtymien ja kuntien verkkosivuilta.

Kesäkuussa 2021 hoitopaikkoihin lähetettiin sähköpostiviesti, jossa kerrottiin tulevasta asiakaspalautekyselystä ja toivottiin, että siihen ilmoittaudutaan erillisellä Webropol-kyselyllä. Ilmoittautumisia ei tullut tarpeeksi, joten niihin hoitopaikkoihin, jotka eivät olleet vielä ilmoittautuneet, otettiin yhteyttä suoraan. Uuden sähköposti- ja puhelinsoittourakan päätteeksi hoitopaikkojen määräksi tuli 435. Hoitopaikkoja tuli vielä kymmeniä lisää ilmoittautumisajan jälkeen, kun tieto kyselystä oli alkanut levitä. Jotkut hoitopaikat joutuivat perumaan osallistumisensa esimerkiksi henkilökuntavajauksen takia. Lopullinen kyselyyn osallistuvien hoitopaikkojen määrä oli 435.

Kyselyyn osallistuneet mielenterveysyksiköt ovat psykiatristen sairaaloiden osastoja, yleissairaaloiden psykiatrisia osastoja, sairaaloiden psykiatrisia poliklinikoita ja terveysasemien mielenterveysyksiköitä. Terveysasemien yksiköt otettiin mukaan, jos niissä oli enemmän työntekijöitä kuin vain yksi depressio- tai mielenterveyshoitaja. Jos terveysasema, jossa oli vain yksittäinen hoitaja mielenterveysasiakkaita varten, oli osa laajempaa mielenterveysyksikköä kunnan tai kuntayhtymän alueella, se otettiin mukaan, jos yksiköstä niin toivottiin.

Päihdehoidon yksiköt olivat ympärivuorokautista hoitoa antavia selviämisen- katkaisu- ja kuntoutuslaitoksia, A-klinikoita, päihde- ja riippuvuushoitopoliklinikoita, päihderiippuvuutta sairastaville tarkoitettuja äitiyspoliklinikoiden HAL-poliklinikoita ja ensikoteja.

Tulokset

Avohoidon mielenterveyspalveluista antoi palautetta 4927 vastaajaa. Avohoidon yhdistetyistä mielenterveys- ja päihdepalveluista saatiin 2533 vastausta ja päihdepalveluista 1360 vastausta. Psykiatrisista sairaalopalveluista antoi palautetta 731 vastaajaa ja päihdehoidon laitospalveluista 387 vastaajaa. Yhteensä palautetta antoi 9938 vastaajaa.

- Hoitopaikoista saatu palaute oli suurimmaksi osaksi myönteistä. Eniten tyytymättömyyttä avohoidon väittämässä oli mielenterveyspalvelujen puolella tiedonsaannissa vertaistuesta ja arkeen tukea antavien järjestöjen toiminnasta sekä läheisten otossa mukaan hoitoon. Päihdepalvelujen avohoidon puolella eniten tyytymättömyyttä oli tiedonsaannissa vertaistuesta ja arkeen tukea antavien järjestöjen toiminnasta, mutta yhtä lailla tiedon saannista potilaan/asiakkaan oikeuksista.
- Mielenterveyspalvelujen laitoshoidon puolella huonoin asiakaskokemus oli tiedonsaannissa vertaistuesta ja arkeen tukea antavien järjestöjen toiminnasta, mutta myös turvallisuuden tunteessa hoitopaikassa. Päihdehoidon puolella taas vertaistuesta koettiin saadun tietoa, mutta arkeen tukea antavista järjestöistä ei yhtä paljon. Myös läheisten mukaan ottamisessa, lääkärin tapaamisessa ja tiedon saamisessa potilaan/asiakkaan oikeuksista koettiin päihdehoitopalveluissa enemmän ongelmia kuin muissa asioissa.

- Parhaimmat asiakaskokemukset olivat sekä avo- että laitoshoidossa kohtelua koskevissa väittämässä, kuten kunnioittamisessa, hyväksymisessä sellaisena kuin on ja ongelmista avoimesti kertomisessa.
- Hoito- ja kuntoutussuunnitelma oli vastaajien mukaan tehty päihdepalveluissa, sekä avo- että laitoshoidossa, useammin kuin mielenterveyspalveluissa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa vastaaja kertoi harvimminkin tietävänsä, että se olisi tehty.
- Asiakaskokemus avohoidon etävastaanotolla koettiin huonommaksi kuin lähivastaanotolla. Ero etä- ja lähikäyntien välillä oli suurempi niissä väittämässä, joissa kysyttiin kokemusta kyseisestä käynnistä, kuin koko hoitajaksosta kyseissä hoitopaikassa. Etänä asioineet kokivat varsinkin palvelujen hyödyllisyyden vähäisemmäksi eivätkä kokeneet yhtä hyvin tietävänsä, miten heidän hoitonsa tulee jatkumaan. Myös kulkuyhteydet hoitopaikkaan koettiin huonommiksi etävastaanotolla olevien keskuudessa.
- Tahdosta riippumattomassa hoidossa oli hieman yli kolmannes psykiatrisessa laitoshoidossa olevista, ja he raportoivat lähes kaikissa väittämässä huonompaa asiakaskokemusta kuin muut.
- Nettosuositeluindeksin mukaan avohoidossa paras asiakaskokemus oli mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja huonoin päihdepalveluissa. Laitoshoidon puolella päihdepalvelujen asiakkailta oli huomattavasti parempi asiakaskokemus kuin psykiatrisen laitoshoidon potilailla.

Ensimmäisen kansallisen asiakaspalautekyselyn toteuttaminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa osoitti tällaisen tiedon keräämisen olevan mahdollista ja hyödyllistä. Kysely tuotti paljon tietoa ja kokemusta, jota toivottavasti päästään käyttämään vielä useissa kyselyissä tulevina vuosina. Kun kehittämistarpeet tunnistetaan ja palveluja kehitetään niiden mukaan, on asiakaspalautekyselyn tavoite saavutettu. Kokemusasiantuntijoilla oli keskeinen rooli kyselyn kehittämisessä.

Viitteet

Viertiö S., Laitinen A-M., Kuussaari K., Partanen A., Grainger M., Therman S., Heiskanen M., Suvisaari J. (2022). [Kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluissa: suunnittelu, toteutus ja tulokset](#). THL raportti 8/2022.

12.3 MIVA – mielenterveysvaikutusten arviointi

Rotko Tuulia, Cresswell-Smith Johanna, Kauppinen Tapani, Kilpeläinen Katri, Solin Pia, Suvisaari Jaana, Tamminen Nina

Mielenterveysstrategiassa ehdotetaan arviointityökalujen sopimista yhteiskunnallisten päätösten mielenterveysvaikutusten arvioimiseksi. Ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia arvioidaan kunnissa ja valtionhallinnossa monesta eri näkökulmasta, mutta eri sektorien toimenpiteiden mielenterveysvaikutusten ennakoarviointiin ei ole vielä vakiintunutta käytäntöä. Myöskään päätöksenteon vaikutuksia mielenterveyteen ei monesti tunneta riittävän hyvin.

Mielenterveysvaikutusten ennakoarviointi (MIVA) edistää mielenterveysvaikutusten huomioon ottamista kuntien ja hyvinvointialueiden päätöksenteossa osana vaikutusten ennakoarviointeja. MIVA-hankkeen tavoitteena on edistää mielenterveysvaikutusten arvioinnin integroimista osaksi erilaisia vaikutusten ennakoarviointeja.

Toukokuussa 2022 THL lähetti kaikkiin Suomen kuntiin ja sairaanhoitopiireihin kyselyn, jonka tavoitteena oli muodostaa käsitys mielenterveysstrategian tunnettuudesta ja soveltamisesta kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä, sekä luoda kuva mielenterveysvaikutusten ennakoarvioinnin nykytilasta ja käytössä olevista arviointimalleista. Vastaukset saatiin 112 kunnasta ja 11 sairaanhoitopiiristä.

Kyselyn tulokset vahvistavat, että mielenterveysstrategian tunnettuus ja käytännön soveltaminen vaihtelee suuresti kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Mielenterveysstrategian toimeenpanon tueksi vastaajat toivovat konkreettisia toimenpiteitä ja hyviä käytäntöjä, tukimateriaalia kuten oppaita,

koulutusta, verkostoitumista sekä lisää resursseja, tukea ja tietoa kunnille muutoksessa, sekä tietoa vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta sekä niihin yhtenäisiä, valtakunnallisia mittareita. Mielen-terveysvaikutusten ennakoarviointi kunnissa ja sairaanhoitopiireissä on ollut lähes olematonta. Tarve on koulutukselle ja konkreettisille malleille.

MIVA-hankkeessa toteutettiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin kansainvälisesti olemassa olevia mielen-terveyteen liittyviä vaikutusarviointikehyksiä. Tietokanta- ja referenssihaun tuloksena tarkasteltiin 15:tä artikkelia, joissa oli yhteensä viisi erilaista kehystä. Mental Wellbeing Impact Assessment (Mielen hyvinvoinnin vaikutusarviointikehyks) oli niistä ainoa, joka keskittyi mielen hyvinvoinnin osatekijöihin. Kirjallisuuskatsaus toi esiin useita mahdollisuuksia ja haasteita MIVA-työkalun käyttämiseen:

Mahdollisuudet	Haasteet
Laajojen sidosryhmien kuunteleminen ja osallistaminen.	Vaikutusarviointi vie aikaa. Ajallisten ja taloudellisten resurssien kohdentaminen on olennaisen tärkeää. Pitkän aikavälin seuranta edellyttää pysyviä resursseja.
Tilaisuus tutkia sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia mielen-terveyteen.	Erilaiset määritelmät aiheuttavat sekaannusta. Jäsennelty lähestymistapa on käsitteiden selkeän käytön edellytys.
Myös haastavina aikoina voi olla tärkeää perehtyä siihen, mikä ylläpitää mielen hyvinvointia.	On tärkeää välttää ammattikieltä ja tarpeettoman monimutkaisia käsitteitä.
Vaikutusarvioinnin tarkoituksena on antaa tietoa arviointiprosesseista, mutta siitä on hyötystä myös tietoisuuden lisäämisessä.	Vaikuttamistyö on tarpeen tietoisuuden lisäämiseksi ja lähestymistavan perustelemiseksi eri aloilla.

Uusi MIVA-työkalu kehitteillä

MIVA-hankkeen kehittämä malli helpottaa mielen-terveysvaikutusten ennakoarviointia ja yhdenmu-kaistaa sitä. MIVA-työkalu vastaa kysyntään mielen-terveysvaikutusten arvioinnista koostamalla selkeitä ohjeita, yhdistämällä MIVA-työkalu muihin ennakoarviointeihin, sekä ehdottamalla helppokäyttöisiä mittareita. Tarkempia tietoja MIVA-hankkeesta ja sen materiaaleista on esitelty nettisivulla <https://tietokayttoon.fi/-/mielen-terveysvaikutusten-ennakoarviointi-miva-kayttoon>

Viitteet

Cresswell-Smith J., Kauppinen T., Laaksoharju T., Rotko T., Solin P., Suvisaari J., Wahlbeck K., Tamminen N. (2022). [Mental Health and Mental Wellbeing Impact Assessment Frameworks: a Systematic Review](#). International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022, in press.

Cooke A., Friedli L., Coggins T., Edmons N., Michealson J. O'Hara K., Snowden L., Stansfield J., Steuer N., Scott-Samuel A. (2011). [Mental Well-Being Impact Assessment](#). A Toolkit for Well-Being. 2011.

Rotko T., Cresswell-Smith J., Kauppinen T., Kilpeläinen K., Solin P., Suvisaari J., Tamminen N. (2022). [Mielen-terveysstrategian ja mielen-terveysvaikutusten ennakoarvioinnin nykytila Suomessa ja maailmalla](#). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

12.4 Tiedolla johtamisen välineiden kehittäminen

Outi Linnaranta

Osana mielenterveysstrategiaa halutaan parantaa tiedolla johtamisen välineitä.

Palvelujärjestelmästä saatavaa tietoa on haluttu parantaa ottamalla valtakunnallisesti käyttöön toiminnan sisältöä kuvaavat toimenpidekoodit. I-ryhmän toimenpidekoodien avulla voidaan tuottaa sekä paikallisesti että valtakunnallisesti yhtenäistä ja vertailukelpoista tietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toiminnasta.

Vuosien 2020–2022 aikana on THL:n johdolla tehty I-ryhmän toimenpidekoodeille tehty seuraavat tarkistukset:

- Kaikki toimijat voivat käyttää samoja koodeja sisällöllisesti samanlaisesta työstä.
- Koodien käytettävyyteen on kiinnitetty huomiota.
- On varmistettu, että koodeilla voidaan kattaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden toiminnan sisältö ja erityisesti vaikuttavat menetelmät.

Koodien käyttöönottoa ollaan nyt tukemassa laajasti osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa, erityisesti osana sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksen toimeenpanon tukea.

Implementaatiokoulutus

Huomioiden palvelujärjestelmän uudistuksen laajuuden ja vaikuttavien menetelmien käyttöönoton tuomat tarpeet, järjestettiin vuonna 2021–2022 implementaatio-osaamisen koulutus lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittäjille ja johtajille. Koulutuksen suunnittelussa oli keskeinen rooli Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiöllä. Kokonaisuuteen kuului aloitusseminaari ja neljä seminaaripäivää. Koulutuksen sisällön pohjalta on jatkettu yhteistyötä ja päivitetty Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiön ITLA:n implementaatio-opas, joka julkaistaan sähköisenä vuoden 2022 lopussa.

13 MIELENTERVEYSSTRATEGIA MEDIASSA

Christa Haag

Mielenterveysstrategian mediaseurannassa on haluttu nostaa esiin esimerkkejä viime aikojen keskustelusta mielenterveyden temojen ympärillä. Seurannassa on myös tarkasteltu käytettyjen hakusanojen puitteissa mielenterveysstrategian hankkeiden näkyvyyttä mediassa. Mediaseurannan otoksia on verrattu lisäksi osumiin, joissa on mainittu Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä mielenterveys.

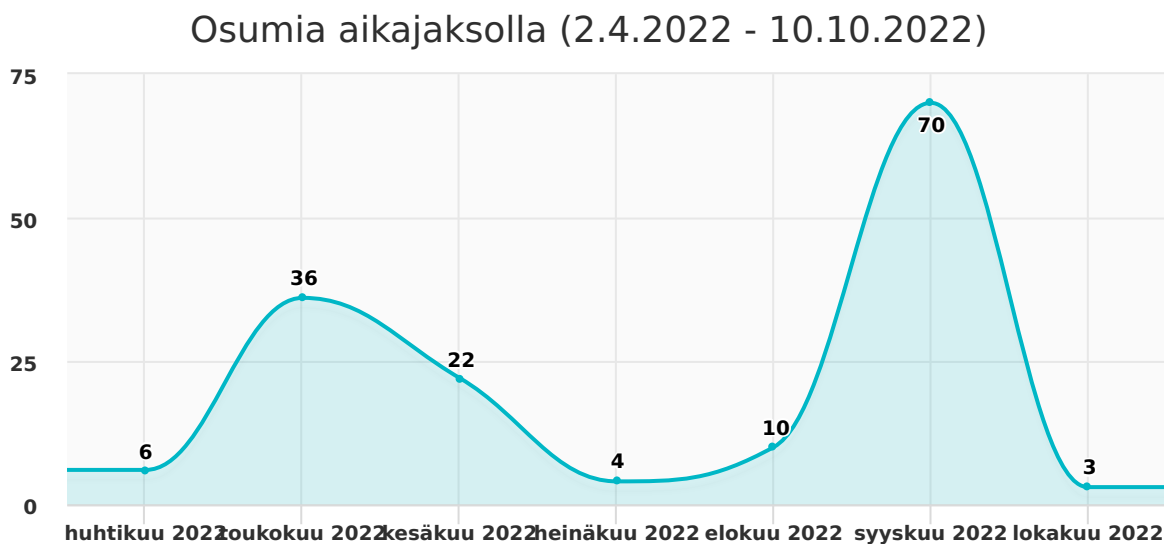
Mediaseurannat on jaettu kolmeen erilliseen aihealueeseen:

- itsemurhien ehkäisy
- mielen hyvinvointi
- mielenterveyspalvelut.

Mediaseuranta ei kata koko vuotta, vaan on rajattu ajalle 1.4.-20.10.2022. Lisäksi seuranta-ajalta on hyvä ottaa huomioon kesäajan hiljainen kausi, joka on vaikuttanut uutisoinnin rauhoittumiseen.

13.1 Itsemurhien ehkäisy

- Analyysi ajalta (1.4.2022 - 20.10.2022)
- Hakusanat: itsemurha*, itsetuho*, itsemurhien ehkäisy
- Osumia 159 kpl
- Keskimäärin osumia päivälle ajanjaksolla: 1
- Tavoitettavuus ajanjaksolla: 97 miljoonaa
- Lähteitä ajanjaksolla: 72
- Eniten lähteitä ajanjaksolla: Yle, Aamuposti, Etelä-Saimaa



Kuva 1: Mediaosumat aiheella itsemurhien ehkäisy aikajaksolla 2.4.-20.10.2022.

Psykiatrisen hoidon tila ja nuorten itsetuhoisuus puhutti mediassa

Itsemurhien ehkäisy -aiheiden osalta mediaosumia oli tarkastellulla ajanjaksolla 2.4.-20.10.2022 eniten kahden aiheen ympärillä. Eniten mediassa puhutti psykiatrisen hoidon tila sekä nuorten itsetuhoisuus.

Syksyllä 2021 Moision psykiatrisessa sairaalassa lyhyen ajan sisällä tehdyt itsemurhat herättivät keskustelua mediassa psykiatrisen hoidon tilasta sekä itsemurhien ehkäisystä.

Tutkinnan psykiatrisessa sairaalassa tehdyistä itsemurhista tekivät sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä Essote sekä Onnettomuustutkintakeskus Otkes. Tutkintojen pohjalta nostettiin esiin suosituksia itsemurhien ehkäisemiseksi.

Toinen piikki ajanjakson osumissa osui kansainvälisen itsemurhien ehkäisy päivän (9.9.) kohdalle syyskuun alkuun. Eri medioissa jaettiin laajalti omakohtaisia kokemuksia itsemurhaan menehtyneiden omaisilta, psykiatrisesta hoidosta ja sen haasteista sekä itsetuhoisuudesta.

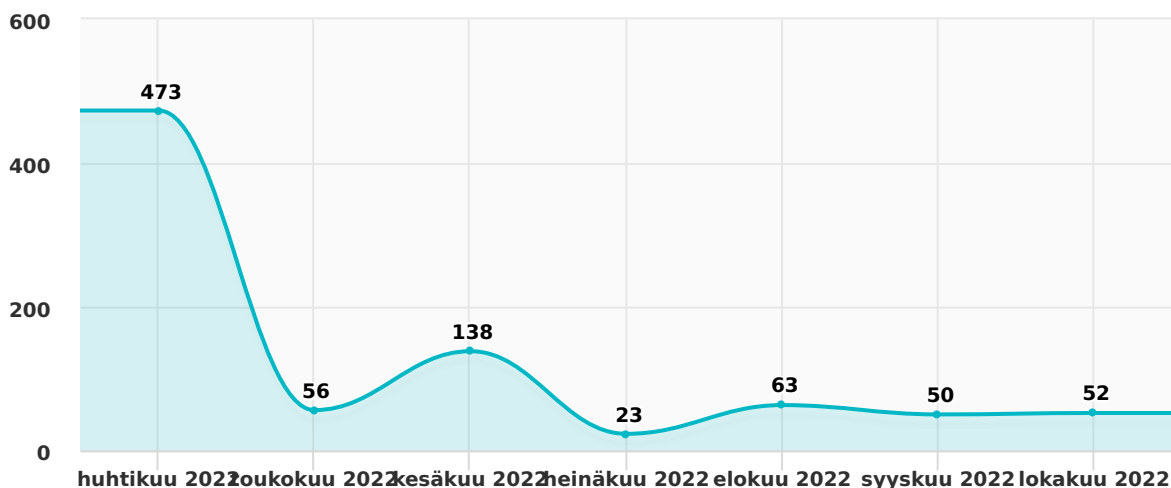
Erityisesti nuorten mielenterveyden haasteet sekä itsetuhoisuus näkyivät median julkaisuissa sekä itsemurhien ehkäisy päivän tiimoilla julkaistuissa mielipidekirjoituksissa.

Mielenterveysstrategian itsemurhien ehkäisy -hankkeiden ulostulot näkyivät rajatusti median julkaisuissa. Pääosin paikallisten medioiden julkaisuissa sekä Ylen paikallisjulkaisuissa näkyivät hankkeiden ulostulot sekä esiin nostamat teemat.

13.2 Mielen hyvinvointi

- Analyysi ajalta (1.4.2022 - 20.10.2022)
 - Hakusanat: Mielen hyvinvointi, positiivinen mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, edistävää mielenterveystyö
 - Osumia 855 kpl* 418 kpl**
 - Keskimäärin osumia päivälle ajanjaksolla: 4
 - Tavoitettavuus ajanjaksolla: 468 miljoonaa
 - Lähteitä ajanjaksolla: 219
 - Eniten lähteitä ajanjaksolla: Yle, SST Info
- *Luku sisältää virheellisesti hyvinvointi-sanat eri muodoissa.
**Luku mielen hyvinvointi -haun muilla hakusanoilla.

Osumia aikajaksolla (2.4.2022 - 20.10.2022)



Kuva 2: Mediaosumat aiheella mielen hyvinvointi ajanjaksolla 1.4.-20.10.2022.

Mielen hyvinvointi näkyy ihmisten arjessa

Ongelmia mielen hyvinvoinnin mediaosumien haussa tuotti erityisesti se, että haku poimii mukaansa muun muassa tulokset hyvinvointivalttiosta, hyvinvointiyhteiskunnasta sekä hyvinvointialueista. Ajanjaksolla haku antaa osumia yhteensä 855 kappaletta, joista 418 sisältää haun muut hakusanat.

Mielen hyvinvoinnin osalta mediaosumia oli tarkastellulla ajanjaksolla 2.4.-20.10.2022 eniten työkykyyn, elämänhallintaan ja vanhusten jaksamiseen liittyvissä artikkeleissa. Samoin kuin itsemurhien ehkäisy -haun osalta, myös mielen hyvinvoinnin mediaosumissa nousi esiin lasten ja nuorten mielen hyvinvointi sekä näköalattomuus. Hakusanoilla positiivinen mielenterveys, mielenterveyden edistäminen ja edistävä mielenterveystyö löytyi koko ajalta yhteensä vain kuusi osumaa.

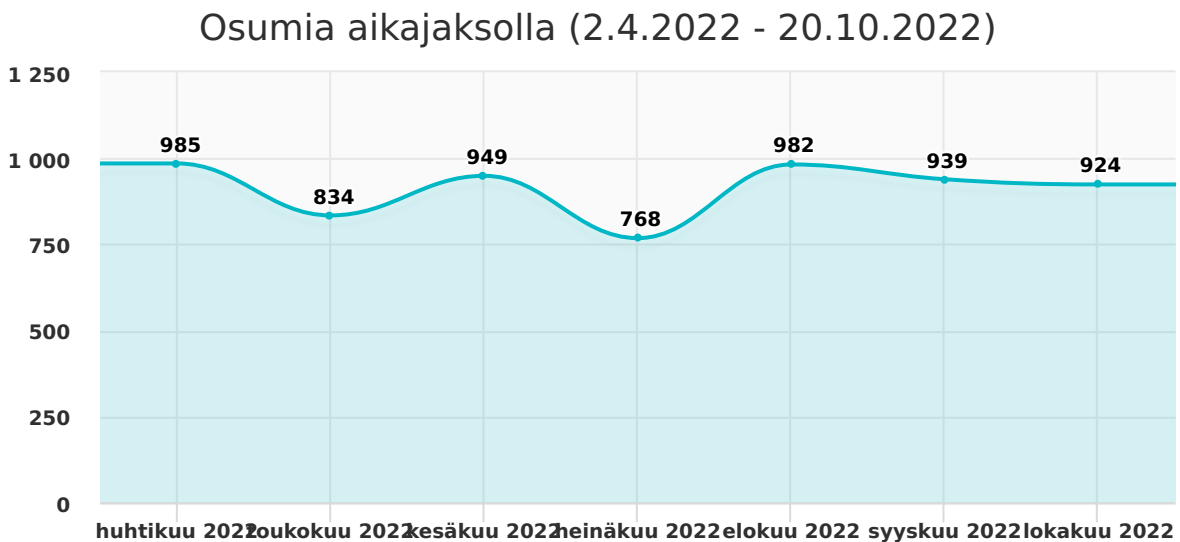
Työkyky sekä työhyvinvointi olivat laajalti mediassa esillä mielen hyvinvoinnista puhuttaessa. Eri-tyisesti mediassa nousi esiin koronapandemian jättämä jälki työikäisten arkeen sekä työntekijöiden kokeema kuormitus.

Mielen hyvinvoinnin osalta elämänhallintataidoista mediaosumissa nousivat esille liikunta, uni, ravitsemus ja harrastukset.

Mielen hyvinvoinnin hakusanoilla ei löytynyt osumia mielenterveysstrategian hankkeista. Mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma mainittiin osana Mannerheimin Lastensuojeluliiton eduskuntavaaliohjelmaa 2023: Lapsen oikeudet on turvattava muuttuvassa maailmassa (Kannanotot ja lausunnot 23.5.2022)

13.3 Mielenterveyspalvelut

- Analyysi ajalta (2.4.2022 - 20.10.2022)
- Hakusanat: psykiatria, ahdistus, mielenterveyspalvelut, masennus, riippuvuus, pahoinvointi
- Osumia 6 355
- Keskimäärin osumia päivälle ajanjaksolla: 31
- Tavoitettavuus ajanjaksolla: 6,8 miljardia
- Lähteitä ajanjaksolla: 238
- Eniten lähteitä ajanjaksolla: Helsingin Sanomat, Yle, Iltalehti*



Kuva 3: Mediaosumat aiheella mielenterveyspalvelut ajanjaksolla 1.4.-20.10.2022.

Nuorten ahdistus näkyi keskustelussa mielenterveyspalveluista

Ajanjaksolla 2.4.-20.10.2022 mediaseurantaan asetetuista hakusanoista eniten osumia tuottivat ahdistus ja psykiatria. Toisin kuin kahdessa muussa media-analyyssissä mielenterveyspalveluiden osumat sijoittuvat hyvin tasaisesti pitkin tarkastelukautta, eikä selkeitä huippukohtia ole havaittavissa.

Ahdistukseen liittyen median julkaisuissa näkyi vahvasti lasten, nuorten ja erityisesti opiskelijoiden mielenterveyden haasteet. Lisäksi päihteiden käyttö, erityisesti huumeet nousivat ahdistukseen ja mielenterveyden ongelmiin liittyen esiin.

Psykiatrian osalta mediaosumissa nousivat esiin jo aikaisemmin havaitut teemat, eli nuorten mielenterveys sekä psykiatrisen hoidon resurssit mielenterveyspalveluissa. Median julkaisuissa tarjottiin näkökulmia sekä asiakkaiden että ammattilaisten kokemuksista.

14 NYKYTILAKUVAUKSEN TÄRKEIMMÄT HAVAINNOT JA SUOSITUKSET JATKOON

14.1 Mielen terveys pääomana

Tavoite: Mielen terveys on tärkeimpiä asioita ihmisen elämässä. Se vaikuttaa kaikkeen terveyteen, hyvinvointiin, ihmissuhteisiin, opiskeluun, työhön ja koko elämän kulkuun. Ihmisten hyvä mielen terveys vahvistaa luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteiskunnassa. Tuottavuus on vahvasti sidoksissa työvoimaan kuuluvien ihmisten mielen terveyteen. Väestön hyvä mielen terveys tukee koko Suomen menestymistä. Mielen terveys on yksilön, perheiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan pääomaa, josta pidetään huolta ja johon sijoitetaan kaikissa elämän vaiheissa, opiskelussa ja työssä, arkiympäristöissä, yhteisöissä ja vapaa-ajan toiminnassa, sekä yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa.

Mielen terveyden edistämisen sekä mielen hyvinvoinnin vahvistamisen merkitys on tässä ajassa entisestään korostunut niin yksilön, yhteisöjen kuin rakenteiden tasolla. Ihmiset ja yhteisöt elävät nopeasti muuttuvassa globaalissa maailmassa. Ilmastomuutos jatkuu, ja sen seuraukset pahenevat ilman välittömiä ja laaja-alaisia toimia³. Ilmastomuutos altistaa terveysmuutoksille ja -riskeille, epidemioiden yleistymiselle ja luontoon ja konflikteihin liittyville kriiseille. Ajankohtaisesti koronapandemia ja Ukrainan hyökkäyssota vaikuttavat ihmisten ja yhteisöjen hyvinvointiin. Lisääntyvästi tiedostetaan, että mielen hyvinvoinnin ylläpitämisen ja palauttamisen taitoja tarvitaan erityisesti syvenevien, toistuvien ja pitkäaikaisten kriisien aikana.

Mielen terveysstrategian mukaisesti mielen terveyden edistämällä vahvistetaan niitä voimavaroja, jotka auttavat rakentamaan toimivaa arkea ja löytämään ratkaisuja elämän kriisitilanteissa ja vastoin käymisissä. Edistävä työ vahvistaa resilienssiä arjessa ja muutostilanteissa. Palvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan kriisien ja muutosten aiheuttamaan mielen terveysvaikutukseen yksin, vaan tarvitaan toimia niin erilaisten yhteisöjen kuin poliittisen päätöksenteon tasolla.

Suosittelomme, että mielen terveysstrategian toimeenpanossa kiinnitetään jatkossa huomiota seuraaviin toimiin, jotta mielen terveyspääoma vahvistuisi:

- Vahvistetaan koko väestön mielen hyvinvoinnin taitoja ja mahdollisuuksia. Varhaiskasvatuksessa, opetuksessa ja koulutuksessa sekä kansalaisviestinnällä lisätään kansalaisten ja ammattilaisten tietoa siitä, mitä mielen hyvinvointi on ja miten mielen terveyttä edistävä työtä tehdään yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla. Huomioidaan esimerkiksi opetussuunnitelmissa, kaupunki- ja tilasuunnittelussa sekä palveluiden kehittämisessä osallisuuden merkitys.
- Arvioidaan päätöksenteon yhteydessä suunnitelmien mielen terveysvaikutukset ja seurataan niitä. Mahdollistetaan mielen terveysvaikutusten (MIVA) arvioinnin juurruttaminen osaksi kunnan, hyvinvointialueiden ja valtakunnallisen tason päätöksentekoprosessia ja tuetaan ennakoivaa suunnittelua. Mahdollistetaan lasten, nuorten, vanhempien, ikääntyneiden, kokemusasiantuntijoiden, kasvattajien, eri väestöryhmien ja ammattilaisten osallisuus suunnitelmien laatimisessa, mielen terveysvaikutusten arvioinnissa ja seurannassa.
- Tuetaan mielen terveyden edistämisen toimenpiteiden järjestelmällistä käyttöönottoa ja arviointia. Valmistellaan ja jalkautetaan yhteinen kokonaisviitekehys ja rakenteet koko väestön mielen terveyden edistämiseksi ja panostetaan mielen terveyttä edistäviin ja tukeviin toimintamalleihin liittyvään tiedonkeruuseen. Kehitetään ja validoidaan mittari mielen

³Armstrong McKay DI, Staal A, Abrams JF, Winkelmann R, Sakschewski B, Loriani S, Fetzer I, Cornell SE, Rockström J, Lenton TM. Exceeding 1.5°C global warming could trigger multiple climate tipping points. Science. 2022 Sep 9;377(6611)

hyvinvoinnin lukutaidolle (vrt. mielenterveyden lukutaito). Mittari mahdollistaa sekä mielen hyvinvoinnin lukutaitoa parantavien toimenpiteiden tarpeen arvioimisen sekä tutkimuksen toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta yksilö-, yhteisöjen ja rakenteiden tasolla.

- Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki mielenterveyttä vahvistavalle kansalais-, vapaaehtois- ja järjestötoiminnalle.

Mielenterveysperusteiset sairaspöissaolat ja työkyvyttömyyseläkkeet ovat lisääntyneet kasva-neista kuntoutuskuluista huolimatta jo ennen pandemiaa. Koronapandemian kielteiset vaikutukset heijastuivat myös työelämään. Työssä uupumisen ehkäisy ja vähentäminen ei ole vain yksilötason toimintaa. Työhyvinvoinnin edistäminen ja työssä jaksamisen tuki on johdon lisäksi koko työyhteisön yhteinen tavoite.

- Otetaan käyttöön Työelämän mielenterveysohjelmassa kehitetyt digitaaliset välineet mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen työpaikoilla ja työkyvyn tuen toimintamalli.
- Lisätään mielenterveystyötä tekevien työpaikkojen kykyä sekä tunnistaa psykososiaalisia riskejä että vahvistaa henkilöstön mielen hyvinvointia tukevia voimavaratekijöitä.
- Lisätään työpaikkojen ja työterveyshuollon osaamista tunnistaa haitallinen henkinen kuormitus levittämällä työuupumuksen liikennevalot ja arviointimenetelmä työelämään.

14.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa

Tavoite: Lasten ja nuorten mielenterveys vahvistuu, kun yhteiskunta toimii niin, että luodaan edellytykset turvalliseen elämälle perheissä ja muissa keskeisissä kasvuympäristöissä ja yhteiskunnan muutoksissa, turvataan jokaiselle lapselle yhtäläiset mahdollisuudet hyvään itsetuntoon ja mielenterveystaitoihin, oppimiseen ja onnistumisen kokemuksiin. Annetaan jokaiselle lapselle ja nuorelle yhtäläinen mahdollisuus osallistua turvallisiin ja kehitystä edistäviin harrastuksiin. Ehkäistään eriarvoistumista ja terveys- ja hyvinvointieroja kohdentamalla muun muassa ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä erityisesti haavoittuvassa asemassa tai elämäntilanteessa olevien lasten ja nuorten lähiyhteisöihin sekä vähentämällä lapsiperheköyhyttä ja nuorten syrjäytymistä.

On tärkeää huomioida lapset ja nuoret koko yhteiskuntaa kuormittavissa muutoksissa. Ne synkentävät lasten ja nuorten käsityksiä itsestä ja mahdollisuuksista vaikuttaa tulevaisuuteensa ja vaikuttavat myös aikuisten kykyyn tarjota turvallinen kasvuympäristö. Yksilöihin keskittyvät hoidolliset toimet eivät yksinään korjaa tilannetta.

Mielenterveysstrategia korostaa lasten ja nuorten mielenterveyden rakentumista kaikissa lasten ja nuorten keskeisissä arjen kasvuympäristöissä. Tarvitaan lisäksi laajaa yhteiskunnallista keskustelua ja tutkimusta lasten ja nuorten pahoinvoinnin juurisyistä ja niihin osoitettuja toimenpiteitä. Erityisesti kouluympäristöön, opintoihin ja työhön pääsyyn, sosiaaliseen mediaan sekä elintapojen muutokseen liittyviä tekijöitä on nostettu esille lasten ja nuorten pahoinvoinnin taustalla.

Suosittelomme, että mielenterveysstrategian toimeenpanossa kiinnitetään jatkossa huomiota seuraaviin toimiin, jotta lasten ja nuorten mielen hyvinvointi vahvistuisi. Nämä täydentävät edellisessä painopisteessä esitettyjä edistämisen toimenpiteitä:

- Vahvistetaan järjestelmällisesti koulutuksella lasten ja nuorten kanssa toimivien ammattilaisten mielenterveysosaamista. Se sisältää muun muassa mielen hyvinvoinnin tukemisen taidot, mielenterveyshäiriöiden ehkäisyn ja tunnistamisen osaamisen, kulttuurisensitiivisen työtteen ja ymmärryksen sukupuolen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuudesta. Näin edistetään myös lasten ja nuorten mielen hyvinvoinnin rakentumisen tietoja ja taitoja osana varhaiskasvatusta ja koulunkäyntiä.

- Turvataan yhdenvertaisesti perheiden resurssit lapsen hyvään kasvuun. Edistetään lasten ja nuorten mahdollisuuksia harrastaa kiinnostuksensa mukaisesti juurruttamalla harrastami - sen Suomen malli pysyväksi toimintatavaksi kunnissa. Juurrutetaan Ice Hearts -toiminta valtakunnalliseksi toimintamalliksi erityisen tuen tarpeessa olevien lasten kasvun tukemiseksi.
- Tunnistetaan ne keskeiset ilmiöt ja tilanteet, jotka lisäävät riskiä lasten ja nuorten mielenterveysoireiluun. Tunnistettuihin riskiryhmiin kohdennetulla ehkäisevällä mielenterveys- ja päihdetyöllä täydennetään yleisiä mielenterveyttä edistäviä toimenpiteitä.
- Lisätään erityisesti työpaikkojen valmiuksia tukea nuorten onnistunutta työelämään kiinnittymistä esimerkiksi parantamalla työpaikkojen ja esihenkilöiden valmiuksia perehdyttää ja tukea nuoria ja nuorten työelämävalmiuksia.

14.3 Mielenterveysoikeudet

Tavoite: Mielenterveysoikeuksiin kuuluvat muun muassa hyväksytyksi tuleminen ja syrjimättömyys, yhdenvertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen läpi elämänkaaren. Mielenterveysoikeuksia ovat myös oikeus vaikuttaa kansalaisena, päätöksenteon osapuolena, vertaistoimijana ja kokemusasiantuntijana sekä oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon silloin, kun se on tarpeen. Mielenterveyspalveluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota mielenterveysoikeuksien toteutumiseen.

Vakaviin mielenterveyden häiriöihin ja päihdehäiriöihin liittyvä stigma ei ole vähentynyt. Mielenterveyshäiriöitä sairastavat kokivat viimeisimmässä Mielenterveysbarometrissa asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa heikommaksi kuin sen arvioivat psykiatrit, psykologit ja väestö. Syrjintää näkyy myös mielenterveys- tai päihdehäiriöön sairastuneen mahdollisuudessa opiskeluun ja työhön jo kuntoutumisvaiheessa tai osatyökykyisenä.

Suosittellemme, että mielenterveysstrategian toimeenpanossa kiinnitetään jatkossa huomiota seuraaviin toimiin, jotta stigma vähenisi edelleen:

- Käynnistetään mielenterveyden häiriöihin ja päihdehäiriöihin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastainen kansallinen ohjelma. Toteutetaan palveluissa syrjinnän vastainen ja kielellisten oikeuksien turvaamisen kehittämis- ja valvontaohjelma. Luodaan eettiset periaatteet ja toimintamalli erityisesti haavoittuvimmassa asemassa olevien asiakasryhmien kuulemiselle ja osallisuudelle.
- Vahvistetaan oikeutta työhön laajentamalla mielenterveyshäiriöissä vaikuttavaksi osoitetun tuetun työllistymisen IPS-toimintamallin käyttöä muille sopiville kohderyhmille.

Mielenterveys- ja päihdepotilailla näyttää olevan muita kansalaisia huonompi palveluiden saata- vuus, mukaan lukien fyysisen sairauden hoito. Tätä on osittain selitetty mielenterveyteen ja alaan liite- tyllä stigmalla. Kokemusasiantuntijoiden konsultointi on yleistynyt mutta käytäntö ei ole vielä vakiin- tunut palvelujärjestelmään ja päätöksentekoon.

- Toteutetaan itsemääräämisoikeutta koskevan lainsäädännön uudistus. Jatketaan pakon käytön vähentämisen ohjelmaa tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa sairaaloissa ja vakiinnutetaan pakon käytön vähentämisen verkoston toiminta.
- Tuetaan ja mahdollistetaan koulutettujen kokemusasiantuntijoiden osallistumista päätöksentekoon eri tasoilla.
- Levitetään lapsistrategian toimenpiteitä koskevia materiaaleja koskien erityisesti oikeutta mielenterveys- ja päihdepalveluihin, huomioiden erityisesti lastensuojelun piiriin kuuluvat alaikäiset.

Eri väestöryhmien osallisuuden mahdollisuudet omassa elämässä, yhteisöissä ja vaikuttamisen prosesseissa ovat eriarvoisia. Osallisuuden puute vähentää positiivista mielenterveyttä. Osallisuuden puute voi myös lisätä väestössä erilaisissa ääriliikkeissä toimimisen riskiä.

- Mahdollistetaan ikääntyneiden osallistumista yhteisön toimintaan. Turvataan ikääntyneille turvallinen ja miellyttävä elinympäristö. edullinen ja helposti käytettävä julkinen liikenne, liikunta- ja kulttuurimahdollisuudet, ja mahdollisuus vapaaehtoistyöhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Resursoidaan toimiviksi osoitettuja, mielen hyvinvointia lisääviä, yksinäisyyttä vähentäviä interventioita ja toimintamalleja ikääntyneille.
- Kiinnitetään huomiota erityisesti riskiryhmissä olevien nuorten osallisuuden mahdollistamiseen opinnoissa, työelämässä ja vapaa-ajalla.
- Huomioidaan Työ- ja elinkeinoministeriön kotoutumisen osaamiskeskuksen suositukset: Eritasavertaisille lapsille tasavertaiset mahdollisuudet hyvinvointiin (policy brief 1/2022).

Huomioidaan ikärasismien kielteiset vaikutukset ikääntyneiden mielenterveyteen. Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin vahvistaminen on merkittävässä roolissa laadukkaan elämänkaaren edellytysten turvaamisessa, ja erityisesti tämän ikäryhmän kasvaessa ja kansalaisten keskimääräisen eliniän kohotessa. Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin vahvistamiseen liittyvien toimien suunnittelussa ja toteutuksessa on huomioitava se, millaisen merkityksen ikääntyneet itse antavat mielen hyvinvoinnille arjessaan ja millaisista asioista se koostuu.

- Ikääntyneiden mielen hyvinvointia edistäviä palveluita ja toimenpiteitä suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä ikääntyneiden kanssa kohderyhmää kuunnellen ja kunnioittaen, sen moninaisuus huomioiden.
- Tarjotaan ikääntyneiden omaishoitajille helposti saatavaa tietoa ja tukea jaksamiseen.

14.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut

Tavoite: Ihmisten tarpeita vastaavat palvelut ovat asiakaslähtöisiä ja ikä- ja kehitysvaiheeseen sopivia, ja käyttäjät kokevat ne itselleen soveltuviksi. Laaja-alaisen palveluiden tulee olla saavutettavia, oikea-aikaisia, laadukkaita ja vaikuttavia. Ihmisten tarpeiden mukaiset palvelut ovat myös joustavia, yhteen sovitettavia ja jatkuvuutta sekä kuntoutumista tukevia. Laadukkaat palvelut noudattavat yhdenvertaisuusperiaatetta. Palvelujen suunnittelussa tulee ottaa erityisesti huomioon ryhmät, jotka muuten olisivat vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan. Omaiset ja läheiset nähdään sekä voimavarana että tuen tarvisijoina.

Mielenterveysongelmien vuoksi apua hakevien lasten ja nuorten tarpeisiin ei tällä hetkellä kyetä palvelujärjestelmässä vastaamaan riittävästi. Apua hakevien lasten ja nuorten osuus kasvoi nopeasti jo ennen Covid-19-pandemian alkamista. Itsearviointikyselyiden perusteella arvioiden lasten ja nuorten positiivinen mielenterveys on vähentynyt. Nuorten alkoholin käyttö ja tupakointi ovat viime vuosina vähentyneet, mutta uutena haasteena on yleistyvät kannabiskokeilut. Suomessa kuolla huumausaineisiin nuorempana kuin muualla Euroopassa. Nuorten itsemurhien määrä ei ole lisääntynyt.

Jo joka viides nuori aikuinen saa julkisen sektorin terveystalvuita mielenterveysongelman vuoksi. Tuen lisääntynyt kysyntä näkyy myös kriisipalveluissa, YTHS:llä ja opiskeluhuollossa. Lisäksi sairaalahoitopäivien määrä on lisääntynyt, samoin kuin KELA:n tukema psykoterapia ja muu kuntoutus. Palvelujärjestelmä ei ole kyennyt vastaamaan kasvaneeseen tarpeeseen, mikä näyttäytyy jonoutumisena kaikilla palvelutasoilla.

Edellä esitettyjen mielenterveyden edistämisen toimenpiteiden lisäksi mielenterveysstrategian toimeenpanossa tulee jatkossa kiinnittää huomiota seuraaviin toimiin lasten ja nuorten palveluiden turvaamiseksi:

- Varmistetaan lasten ja nuorten parissa työskentelevien ammattilaisten riittävä mielenterveys- ja päihdeosaaminen. Hyödynnetään mielenterveys-, päihde- ja riippuvuussisällöistä ammattilaisten perus-, täydennys- ja jatkokoulutuksesta sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutusmääristä tehtyjä analyyseja ja suosituksia lasten ja nuorten tuen varmistamiseksi. Varmistetaan ammattilaisten valmiudet tunnistaa traumatisoituminen, sen riskitekijät ja seuraukset sekä valmiudet traumatietoiseen kohtaamiseen ja hoitoon.
- Varmistetaan hyvinvointialueille rahoitus ja resurssit toteuttaa lapsistrategian (toimenpiteet 12 ja 13) suositukset lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon järjestämisessä.
- Juurrutetaan koulutuksen ja työn ulkopuolella olevien nuorten mielenterveyspalveluiden tarjoamiseen kehitetty toimintamalli.
- Kehitetään ja edelleen vahvistetaan kulttuurisensitiivisiä eli kielen ja kulttuurin mukaisia ehkäisyohjelmia yhdessä osallisten kanssa.
- Vahvistetaan lasten ja nuorten mahdollisuuksia osallistua heitä koskevien palveluiden suunnitteluun.
- Varmistetaan lastensuojelun toimia tarvitsevien lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja jatkuvuus.
- Huomioidaan huumekuolemien ehkäisyntuntijaryhmän (HEAR) suositukset huume-kuolemien ehkäisemiseksi ja varmistetaan riittävä resursointi niiden toteuttamiseksi hyvinvointialueilla erityisesti nuorten ja nuorten aikuisten huumekuolemien ehkäisemiseksi.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen yhdenvertaisessa saatavuudessa on puutteita. Ratkaisuna on osana sosiaali- ja terveyskeskusuudistusta järjestetty esimerkiksi laajoja koulutuksia ammattilaisten mielenterveystaitoihin ja perustason ammattilaisten kouluttamista tarjoamaan vaikuttavia terapeutteja interventioita. Tämän investoinnin kannattavuus edellyttää osaamisen ylläpitoa ja juurruttamisen tukea ja seurantaa. Laadukas mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito akuutti- ja pitkäaikaisen hoidon tarpeisiin tulee turvata. Samaan aikaan on tarkasteltava kriittisesti kuntoutukseen ohjautumisen ja tarjonnan yhdenvertaisuutta ja mietittävä toimenpiteet epäkohtien parantamiseksi. Kelan järjestämän kuntoutuspsykoterapian ja vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestettävän psykoterapian myöntämisen tulee perustua lääketieteelliseen kokonaisarvioon. Jotta yhdenvertainen mahdollisuus psykososiaalisiin hoitoihin turvataan, suosittelemme, että

- Vakiinnutetaan lapsille ja nuorille tarkoitettujen, vaikuttavien terapeuttien interventioiden käyttö perustasolla. Vakiinnutetaan kansallinen rakenne ja viitekehykset, joilla turvataan käyttöönoton sekä juurruttamisen ja osaamisen ylläpitämisen onnistuminen. Varmistetaan myös ammattilaisten ja johtajien implementaatio-osaaminen kestävien muutosten aikaansaamiseksi. Varmistetaan rahoitus ja resurssit yliopistojen psykoterapiakoulutuksia ja lyhyempiä terapeutteja menetelmiä kouluttavalle työlle.
- Porrastetaan psykososiaalinen hoito painottaen matalan kynnyksen ja lyhyitä psykososiaalisia hoitoja. Parannetaan eri väestöryhmät tavoittavien matalan kynnyksen kriisipalveluiden saavutettavuutta ja tarjotaan riittävästi arjen tukea tarjoavia palveluja. Kuntouttava psykoterapia kohdennetaan niille, joille muu psykososiaalinen interventio ei ole riittävä. Varmistetaan vaativan psykoterapiaosaamisen saatavuus kattamaan myös vaikeimpien psykiatristen häiriöiden sekä päihdehäiriöiden kuntoutus.
- Varmistetaan vaikuttavaksi todettujen interventioiden saatavuus perheille, joissa lasten tai nuorten toimintakyky on alentunut uhmakuus- tai käytösoireilun, tunteiden tai tarkkaavuuden säätelyn pulmien, impulsiivisuuden tai aggressiivisuuden vuoksi.

Teknologia-avusteiset palvelut voivat parantaa palveluiden monipuolisuutta ja saavutettavuutta. Mielenterveys- ja päihdepotilaan erityistarpeet tulee huomioida digipalveluissa nykyistä paremmin. Palveluohjauksessa digitaalisuus on nousemassa keskeiseksi. Teknologia-avusteisuus voi

monella tavalla täydentää edistäviä, ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia palveluita. Jotta kehitettävät ja käyttöönotettavat teknologia-avusteiset palvelut olisivat laadukkaita, vastaisivat palvelutarpeeseen ja vapauttaisivat resursseja, suosittelemme, että:

- Lisätään resurssien tehokasta käyttöä ottamalla käyttöön teknologia-avusteisten palveluiden ja sovellusten käyttöönottoa ohjaavat arviointimallit. Tämä mahdollistaa teknologia-avusteisten ratkaisuiden käytettävyyden, vaikuttavuuden, teknologisen valmiuden ja tietoturvallisuuden arvioinnin sekä lisää jo olemassa olevien ratkaisujen hyödyntämistä ja edelleen kehittämistä. Varmistetaan että tutkittu tieto edistämiseen, ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä teknologia-avusteisista ratkaisuksista, sekä niihin liittyvistä mahdollisuuksista, haasteista ja käyttökokemuksista on helposti eri toimijoiden saatavilla. Tuetaan uusien ratkaisujen ja palveluiden innovointia rahoituksella silloin, kun soveltuvia ratkaisuja ei vielä ole kehitetty.
- Varmistetaan, ettei digitalisoituminen vaikeuta palveluiden saantia sellaisissa asiakas- ja potilasryhmissä, joiden mahdollisuudet asioida digipalveluissa saattavat olla rajoittuneet esimerkiksi digitaitojen tai välineiden puuttumisen tai sairauden vuoksi. Tämä edellyttää kattavaa digitukea tai mahdollisuutta saada palvelut tavanomaisina lähipalveluina. Edellytetään, että julkisesti rahoitettujen teknologia-avusteisten palveluiden ja sovellusten kehittämisessä ja käyttöönotossa tehdään yhteistyötä kohderyhmän edustajien, käyttäjä- ja levittäjäorganisaation edustajien, sovelluskehittäjien sekä tutkijoiden kesken.

Psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on saavuttanut pisteen, jossa vaikean psyykkisen sairauden hoidon laatu vaarantuu. Tämä näkyy potilaiden, läheisten, työntekijöiden ja sivullisten kuormittumisena.

- Varmistetaan vaikeasti sairaiden potilaiden laadukas psyykinen ja fyysinen hoito. Tämä tarkoittaa riittäviä ja eri potilasryhmien tarpeet huomioivia psykiatrisia akuuttihoitopaikkoja, päihdehäiriöiden hoitoon liittyvää laituskuntoutusta sekä intensiivisen ja monimuotoisen avohoidon mahdollisuuksien kehittämistä. Ajantasaistetaan mielenterveyskuntoutujien ja päihdekuntoutujien asumisen ja muiden tukipalveluiden laatukriteerit ja perustetaan niitä seuraava laaturekisteri.
- Varmistetaan vaikuttavan psykososiaalisen hoidon saatavuus myös vaikeampien psykiatristen tai päihdehäiriöiden kuntoutukseen.
- Tarjotaan potilaiden läheisille helposti saatavilla olevaa tukea ja tietoa.

14.5 Hyvä mielenterveysjohtaminen

Tavoite: Mielenterveyden huomioiminen sisältyy kaikkeen johtamiseen. Mielenterveystyötä ohjataan ja johdetaan suunnitelmallisesti kokonaisuutena ylittäen hallinnolliset rajat. Johtaminen sopeuttaa organisaatiot ja niiden toiminnat mielenterveyteen vaikuttaviin ajankohtaisiin ilmiöihin ja talouden realiteetteihin sekä valmistelee ne kohtaamaan tulevaisuuden haasteet. Johtamisessa tukeudutaan ajantasaiseen tietoon ja teknologiaan, jolloin tarvitaan myös ennakoivaa tietoa ja tutkimusta.

Sote-uudistuksessa tehdään laaja-alaisesti töitä perustason palveluiden parantamiseksi. Onnistuessaan uudistus tulee parantamaan myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta ja siirtää painopistettä ehkäisevään työhön ja varhaiseen tukeen. Tavoitteiden saavuttaminen ja tulosten juurruttaminen vaatii jatkuvaa työtä ja resursointia tulevina vuosina. Rakenteellisen uudistuksen riskeiksi on arvioitu henkilöstön kuormittuminen ja riittämättömyys, palvelujen keskittäminen alueiden keskuskuntiin ja paikallistuntemuksen väheneminen, sosiaali- ja terveyspalveluiden eri muotojen priorisointitarpeet, johtamisen haasteet, sekä joustavuuden väheneminen asiakkaiden tarpeenmukaisten palvelujen hankkimisessa.

Jotta uudistuksen tavoitteet olisi mahdollista saavuttaa, suosittelemme, että:

- Varmistetaan hyvinvointialueille riittävä rahoitus mielen hyvinvointia tukevalle ja ehkäisevälle työlle sekä perustason ja erityistason mielenterveys- ja päihdepalveluihin.
- Tuetaan edelleen kuntien ja hyvinvointialueiden monialaisen yhteistyön kehittämistä ja sosiaali- terveyskeskuksen palveluiden toiminnallista integraatiota sekä asiakaskeskeisten palvelupolkujen kehittämistä.
- Toteutetaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaille kehitetty asiakaspalautekysely osana mielenterveysstrategian seurantaa noin kahden vuoden välein, kysely on toteutettu ensimmäisen kerran vuonna 2022.

Uudet sosiaali- ja terveydenhuollon lait haastavat mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen hyvinvointialueilla. Uudet lait pyrkivät parantamaan mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden saamien palveluiden monialaisuutta ja potilaan oikeuksia laadukkaaseen hoitoon. Laki muuttaa tapaa jäsentää mielenterveys- ja päihdetyötä ja lain toimeenpano edellyttää laadukasta tietopohjaa. Jotta lakiuudistus saadaan käytäntöön tavoitteiden mukaisesti, suositellaan

- Lisätään rahoitusta monitoimijaisen avohoidon vahvistamiseen soveltuvien toimintamallien käyttöönottoon ja arvioidaan toimintamallien soveltuvuutta Suomeen.
- Toteutetaan alan henkilöstön koulutusrakenteen ennakoivaa tarvearviointia ja kriittisten ammattiryhmien koulutuksen laadun ja tarjonnan varmistamista.

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarvetta, sisältöä ja toteumaa koskeva tietopohja on riittämätön. Jotta tietopohjaa voidaan parantaa ja siten mahdollistaa parempaa mielenterveysjohtamista, suositellaan:

- Tuetaan palvelujärjestelmän tietopohjaa parantavia toimenpiteitä, jotka koskevat diagnostista ja käytisyyttä kuvaavaa tietoa, toiminnan sisältöä eli toimenpiteitä kuvaavaa tietoa, oiremittaritietoa, arvioinnin laatua, ja asiakaskohtaista hoitovastetta. Varmistetaan tietojen mahdollisimman reaaliaikainen käyttömahdollisuus. Panostetaan myös tietojen toisiokäyttöön.
- Varmistetaan, että validoidut seulat sekä hoidon tarvetta ja toteutumista kuvaavat mittarit ja toimenpidekoodit otetaan käyttöön myös esimerkiksi työttömien terveystarkastuksissa tai työterveyshuollossa, julkisesti rahoitetuissa interventiotutkimuksissa tai palveluohjausjärjestelmissä. Näin varmistetaan erilaisten interventioiden kohdentumisen yhdenmukaisuus ja vaikuttavuuden vertailu.
- Mielenterveysstrategian tavoitteiden toteutumista tulisi tukea myös muissa, yleislaatuisemmissa kansallisesti merkittävissä hankkeissa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että palveluiden digitaalisointia tai tietopohjan parantamista tavoittelevissa hankkeissa huomioitaisiin mielen terveys- ja päihdepotilaan ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen ja arvioinnin kannalta tärkeät tietotarpeet suuren kansantaloudellisen merkityksen vuoksi.

Hyvinvointialueiden aloittaminen tarkoittaa myös edistävän ja ehkäisevän työn uudelleen organisoitumista.

- Tuetaan laaja-alaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden muodostumista ja toimien koordinaatiota niin kunnissa kuin hyvinvointialueilla ja näiden erilaisilla yhdyspinoilla. Tämä edellyttää myös kansallista ohjausta ja tukea sekä vankkaa tietopohjaa.

Järjestöjen rooli mielenterveys- ja päihdetyön kentällä on merkittävä, mutta toimintaa ja palveluita kuvaava tieto on sirpaleista. Tietopohjan ja viestinnän kehittämiseksi suosittelemme, että:

- Varmistetaan ja tuetaan sitä, että järjestöt voivat tuottaa tietoa palvelujen asiakas- ja suoritemääristä, volyymistä sekä palveluiden laadusta. Tämä mahdollistaa paitsi kunnan ja hyvinvointialueen myös kansallisen tason tietojohdamisen, palvelujärjestelmän kokonaisuuden tarkastelun ja arvioinnin, kehittämisen sekä palveluntarpeen ja palveluiden laadun arvioimisen. Myös valtionavustusten suuntaaminen helpottuu.
- Kehitetään tapoja viestiä järjestöjen tarjoamasta toiminnasta ja palveluista. Viestintä tulisi kohdentaa eri kanavia pitkin ja eri toimintaympäristöissä niin yleisenä viestintänä kuin jul-

kisten palveluiden tuen ja hoidon piirissä oleville asiakkaille. Tämä helpottaa asiakkaiden ohjaamista vertaistukea ja arkeen tukea antavaan toimintaan ja palveluihin.

Resurssipula ja henkilöstön jaksamattomuus haastaa palveluiden laadun perustason mielen-terveys- ja päihdepalveluista psykiatrisiin erityispalveluihin ja kuntoutukseen. Vaikka kansainvälinen vertailu osoittaa, että koulutettuja ammattilaisia on Suomessa runsaasti, niin julkiset mielen-terveys- ja päihdepalvelut ovat kriisissä. Palveluiden laadun varmistamiseksi ja alan veto- ja pitovoiman lisäämiseksi suosittelemme, että:

- Varmistetaan henkilöstön ja johdon osaamisen säilyminen ja ylläpito organisaatioissa kehittämällä rekrytointikäytäntöjä, täydennys-, jatko- ja ylläpitokoulutuksia sekä mentorointia ja työnohjausta, myös etänä ja keskitetysti. Tämä mahdollistaa alan kehittämisen, mukaan lukien työkyky- ja työurajohtamisen kehittämisen.
- Panostetaan mielen-terveys- ja päihdepalveluiden henkilöstön voimavaratekijöiden ja työyhteisön hyvinvoinnin lisäämiseen, tunnistetaan haitallinen henkinen kuormitus ja lisätään henkilökunnan osallisuutta korvaavien toimenpiteiden tekemiseksi jaksaminen huomioiden.
- Arvioidaan päätösten vaikutukset julkisen sektorin henkilökunnan jaksamiseen ja sitoutumiseen lisäämällä työntekijöiden osallisuutta ja kuulemista niin päätöksiä tehtäessä kuin niiden arvioinnissa jälkikäteen. Tarkastellaan kriittisesti viranomaisten tarvitsemien lausuntojen tarvetta ja vaadittua koulutusohjaa.

14.6 Itsemurhien ehkäisyohjelma

Huomattava osa itsemurhaan kuolleista asioi terveydenhuollon vastaanotolla lähellä kuolemaansa.

Tarkasteltaessa itsemurhaan kuolleiden viimeistä käyntiä terveydenhuollossa selvisi, että 66 prosenttia oli käynyt terveydenhuollossa viimeisen kuukauden aikana, 46 prosenttia viimeisen viikon kuluessa ja 21 prosenttia itsemurhapäivänään. Tämä tarkoittaa, että itsemurhavaaraa ei ole tunnistettu lainkaan tai että itsemurhavaara on tunnistettu mutta sen jälkeen laaditut tai tehdyt toimenpiteet eivät ole auttaneet tarpeeksi eivätkä olleet riittäviä estämään itsemurhakuolemaa.

Suosittellemme, että Itsemurhien ehkäisyohjelman toimeenpanossa kiinnitetään jatkossa huomiota seuraaviin toimiin:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia perehdytetään tunnistamaan asiakkaidensa ja potilaidensa itsemurhavaara ja toimimaan näissä tilanteissa.
- THL:n itsemurhien ehkäisyn verkkokoulun sisältöä kehitetään ja laajennetaan uusille kohde-ryhmille soveltuvaksi.
- Poliisikoulutuksessa käytettäväksi kehitetyn verkkokoulun käyttöä vahvistetaan ja muokataan soveltuvaksi myös muille asiakkaidensa kanssa välittömässä vuorovaikutuksessa oleville ammattiryhmille.
- Itsemurhavaaran tunnistamista helpottavien tietojen kirjaamista tehostetaan niin teknisten ratkaisujen kuin kirjaamissisältöjen käyttöönoton avulla
- Itsemurhakuolemien ja itsemurhayritysten lukumäärän seuranta kehitetään mahdollisimman ajantasaiseksi itsemurhia estävien toimenpiteiden suunnittelua ja toteuttamista varten
- Vaikuttavaksi todettujen itsemurhayrityksen jälkeisten interventioiden saatavuutta parannetaan edelleen.
- Jatketaan työtä, jolla vähennetään toistuviin itsemurhayrityksiin, päihdehäiriöihin ja persoonallisuushäiriöihin liittyvää leimaa ensihoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön parissa.

15 VÄESTÖN MIELENTERVEYDEN TILA 2022 – INDIKAATTORIT

15.1 Strategiassa nimetyt seurantaindikaattorit ja muita raportoituja indikaattoreita

Tuotannossa olevat indikaattorit			
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Mielen hyvinvointi	Positiivinen mielenterveys: Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS).	Aikuiset (työikäiset ja ikääntyneet): FinSote Nuoret: Kouluterveyskysely	Ks. Positiivisen mielenterveyden mittaamisesta alla
Yksinäisyys	Tuntee itsensä yksinäiseksi, % 4. ja 5 lk oppilaista	Sotkanet 4816	Koettu yksinäisyys on keskeinen mielenterveysongelmien riskitekijä kaikissa ikäryhmissä. Tästä on vahvaa tutkimusnäyttöä Suomesta ja kansainvälisesti eri ikäryhmistä.
	Tuntee itsensä yksinäiseksi %, 8. ja 9. lk oppilaista	Sotkanet 4712, KUVA	
	Tuntee itsensä yksinäiseksi %, ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelija	Sotkanet 4713	
	Tuntee itsensä yksinäiseksi %, lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 4714	
	Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus %, 20–64-vuotiaat	Sotkanet 4285, KUVA	
	Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 65 vuotta täyttäneet	Sotkanet 4286	
	Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%), 75 vuotta täyttäneet	Sotkanet 4287	
Työuupumus	Työuupumus	Työuupumus Suomessa (TTL), Työolobarometri (TEM)	Työolobarometritutkimus kerätään vuosittain haastattelututkimuksena. Otos mahdollistaa maan laajuisen seurannan, mutta ei alueellista tarkastelua. Lisätietoa ja vuosittaiset julkaisut: https://tem.fi/tyoolobarometri

Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Psykykinen hyvinvointi työssä	Työn imu	Työolotutkimus (Tilastokeskus), Työolobarometri (TEM)	Työolobarometritutkimus kerätään vuosittain haastattelututkimuksena. Otos mahdollistaa maan laajuisen seurannan mutta ei alueellista tarkastelua. Lisätietoa ja vuosittaiset julkaisut: https://tem.fi/tyoolobarometri
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Nuorten psykkinen oireilu	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % 8. ja 9. luokan oppilaista	Sotkanet 328, Sotkanet 346, Sotkanet 337	Kouluterveyskyselyn indikaattori, joka perustuu GAD 7 -mittariin. Ks. Indikaattorista lisää luku 15.4
	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista		
	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista		
Nuorten päihteiden ja tupakkatuotteiden käyttö ja rahapelaaminen	Huolta herättävää päihteiden tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä tai rahapelaamista, % 8. ja 9. luokan oppilaista. ... % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista ... % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista	Sotkanet 5362, Sotkanet 5363, Sotkanet 5364	Kouluterveyskysely Yhdistelmäindikaattori antaa yleiskuvan eri koulutasoilla olevien nuorten päihde- tai muuhun riippuvuusongelmaan liittyvästä riskikäyttäytymisestä. Sotkanetistä löytyy myös eriteltyt indikaattorit. Ks. Indikaattorista lisää luvusta 15.5
Pienituloisista kotitalouksista olevat alle 18-vuotiaat	Lasten pienituloisuusaste	Sotkanet 228; KUVA	Tilastokeskuksen tuottama muuttuja. Indikaattori ilmaisee pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvien alle 18-vuotiaitten henkilöiden osuuden prosentteina kaikista alueella asuvista alle 18-vuotiaista henkilöistä.

Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Vakava koulukiusaaminen	<p>Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % 4. ja 5. luokan oppilaista.</p> <p>Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % 8. ja 9. luokan oppilaista</p> <p>Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijoista</p> <p>Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista</p>	Sotkanet 4834, Sotkanet 1514; KUVA, Sotkanet 3928, Sotkanet 3913	Kouluterveyskysely Kiusatuksi tuleminen on mielenterveysongelmien riskitekijä. Sekä kiusatuksi tuleminen että kiusaamiseen syyllistyminen ovat yhteydessä perheen vaikeuksiin.
Epävaka kasvuympäristö	Toistuvasti sijoitetut 0–17-vuotiaat lapset / 10 000 vastaavanikäistä	Sotkanet 1079; KUVA	Toistuvasti sijoitetut lapset ovat tämän määritelmän mukaisesti lapsia, jotka on sijoitettu kodin ulkopuolelle vähintään kolme kertaa kahden vuoden aikana, siten että sijoitus on välillä loppunut vähintään 7 vuorokaudeksi.
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa	Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa, % psykiatrian laitoshoidon potilaista	Sotkanet 3205	Pakon käytön vähentäminen on keskeinen psykiatrisen sairaalahoidon kehittämistavoite. Pakon käytöllä on kielteisiä vaikutuksia, muun muassa post-traumaattiset stressioireet ovat yleisiä.
Kokemus syrjinnästä	<p>Kokemus leimautumisesta sairauden vuoksi (%)</p> <p>Niiden suomalaisten osuus, jotka eivät haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää (%),alkoholista (%), mielenterveyskuntoutujaa (%)</p> <p>Niiden suomalaisten osuus, joista mielenterveysongelmia kokeneita henkilöitä on epä-mukavaa ja pelottavaa kohdata (%)</p>	Mielenterveys-barometri	<p>Kerätään sekä mielenterveydestä että päih-teistä.</p> <p>Mielenterveyden keskusliitto toteuttaa joka toinen vuosi: https://www.mtkl.fi/toimintamme/mielenterveys-barometri/</p>

Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Skitsofreniapotilaiden ylikuolleisuus		Sotkanet 3198	Raportoidaan OECD:lle
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Hoitoketjun toimivuus sairaalahoidon jälkeen	Ensimmäinen avohoitokäynti viikon sisällä psykiatrisesta sairaalasta uloskirjoituksesta, %-osuus	Hoitoilmoitus-rekisteri	Osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari. Indikaattori on tällä hetkellä rakennettu psykoosilaaturekisteriin, mutta ei ole varmuutta siitä, millä aikataululla saataisiin kansalliseksi indikaattoriksi. Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
Hoitoon ohjaaminen potilaan tahdosta riippumatta	Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 18 vuotta täyttäneet / 1 000 vastaavanikäistä Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 0–17-vuotiaat / 1 000 vastaavanikäistä	Sotkanet 3083; KUVA; Sotkanet 3058; KUVA	Tieto sisältää potilaat, jotka joko saapuivat tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä (lomakkeella M1) tai jotka siirrettiin toisesta sairaalasta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana. Kuva palvelujärjestelmän toimivuutta sekä avohoidon että sairaalahoidon osalta. Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
Sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset erot tupakkoinnissa ja alkoholin käytössä	Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%) Päivittäin tupakoivien osuus (%)	Finsote; terveytemme.fi	Finsote-kysely; sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset tulokset julkaistaan terveytemme.fi-portaalissa

Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Palvelujen peittävyys	Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneiden mielenterveyspalvelujen käyttö (%)	Finsote; terveytemme.fi	Perustuu Finsote-tutkimuksessa oleviin kysymyksiin itsemurha-ajatuksista sekä mielenterveyspalvelujen käytöstä. Kuvas- taa avun hakemista, mahdollista tarkastella myös ikä-, sukupuoli- ja koulutusryhmittäisiä eroja. Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
Hallintorajat ylittävä verkostojen johtaminen	Mikä taho kunnassa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmänä? Minkä sektoreiden edustajia kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään?	TEA-viisari	TEA-viisarista saatava tieto.
Työntekijöiden työhyvinvointi	Työhyvinvointi	Sote-alan henkilöstön psyykkinen hyvinvointi.	Tietolähteenä TTL:n Kunta10 ja Mitä kuuluu – tutkimukset, jotka toteutetaan 2 vuoden välein. tyoelamatieto.fi
Indikaattorit, joiden kehittämiseen on sitouduttu osana THL:n toimeenpanoa			
Jatkuvuuteen vuosina 2020-2030 liittyy enemmän epävarmuutta,			
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Terveyskeskusten mielenterveystyön vahvistuminen	Terveyskeskusten johtajajälilääkäreiden kyselyyn sisällytettäviä kysymyksiä mielenterveys- ja päihdeasioista täydennyskoulutuksessa, yhteistyömalleista psykiatrian ja päihdeyksiköiden kanssa ja niiden toimivuudesta sekä hoitoketjujen toimivuudesta.	Terveyskeskusten johtajajälilääkäreiden kysely	Uusi kehitettävä mittari. Soveltuu myös painopisteen ”Hyvä mielenterveysjohtaminen” seurantaan. Huom! johtajakyselyn vastuutaho tiedossa, kysymykset tulisi kehittää
Asiakaskokemus	Kehitettävä	Palvelujärjestelmän asiakailta kerättävä tieto asiakaskokemuksista	Osana mielenterveysstrategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari. Kehitteillä Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.

Indikaattorit, jotka eivät ole tuotannossa, mutta joiden tuotanto ei vaadi erillistä tiedonkeruuta			
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Hoitoketjun toimivuus sairaalahoidon jälkeen	Ensimmäinen avohoitokäynti viikon sisällä psykiatrisesta sairaalasta uloskirjoituksesta, %-osuus	Hoitoilmoitusrekisteri	Osana strategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari. Rakennettu psykoosilääturekisteriin. Mittari soveltuu myös painopisteen ”Mielenterveysoikeudet” seurantaan.
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Päätösten mielenterveysvaikutusten arviointi	Kehitettävä	Ehdotetaan lisättäväksi TEA-viisariin	Uusi ehdotus mittariksi. Ensin pitää olla ohjeistus mielenterveysvaikutusten arviointiin.
Indikaattorit, joiden kehittäminen vaatii erillistä tutkimusta ja kehittämistä tai tiedonkeruuta			
Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Osallistuminen työelämään	Osallistuminen työelämään (palkkatyön/-ansion osuus kaikista tuloista) niillä, joilla on dokumentoitu mielenterveyden ongelmia (avohoido, sairaalajakso, sairauslomat, lääkeostot)	Työkyvyn tila Suomessa; Psykkinen haavoittuvuus Suomessa, TTL	Mittaa myös sote-järjestelmän ulkopuolisen yhteiskunnan toimivuutta (työmarkkinat). Muodostetaan rekisteriaineistoista. Rekisteriaineiston päivittäminen edellyttää lisärahoitusta, kyseessä ei ole TTL:n lakisääteinen tehtävä.
Syrjinnän vastainen ohjelma palveluorganisaatiossa	Onko syrjinnän vastainen ohjelma? Onko ohjelma sisällytetty laatuohjelmaan?		Ehdotetut mittarit on kehitettävä ja tieto kerättävä ehkä erilliskyselynä.
Palvelut ja tarve	Palvelujen määrä suhteessa väestön tarpeeseen		Ehdotus kehitettäväksi kansalliseksi mittariksi. Tämä edellyttäisi tutkimushanketta, jolla kehitettäisiin tapa arvioida väestön mielenterveys- palvelujen tarvetta. Lisäksi tulisi arvioida palvelujen määrän lisäksi laatua (sisältö).

15.2 Positiivisen mielenterveyden mittaaminen

Pia Solin & Nina Tamminen

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen on verraten uusi alue väestötutkimuksissa. Pelkästään mielenterveyden häiriöihin keskittyminen ei anna koko kuvaa yksittäisen ihmisen tai väestön mielenterveyden tilasta. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016.) Aiemmin positiivisen mielenterveyden mit-

taamisessa on ollut haasteena käsitteen monimuotoisuus sekä erityisesti sen mittaamiseen sopivien mittareiden puuttuminen. Suomalaisissa tutkimuksissa aihetta on pyritty mittaamaan esimerkiksi koherenssin tunteen, resilienssin, elämäntyytyväisyyden tai optimismin kautta. Nämä ovat kuitenkin yksittäisiä positiivisen mielenterveyden eri ulottuvuuksia ja antavat tietoa vain yhdestä osa-alueesta.

Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa kehitetty positiivisen mielenterveyden mittari (WEMWBS) sisältää kaikki positiivisen mielenterveyden osa-alueet ja näin ollen tarjoaa mahdollisuuden mitata positiivista mielenterveyttä yhdellä mittarilla. (Tennant ym. 2007) Mittari sisältää seuraavat osa-alueet: positiiviset tunteet (optimismi, ilo, rentoutuminen), tyydyttävät sosiaaliset suhteet sekä hyvä toimintakyky (energisyys, selkeä ajattelu, itsensä hyväksyminen, itsensä kehittäminen, pystyvyys ja autonomia). Mittarista on sekä 7-osainen että 14-osainen versio.

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen antaa yksilötasolla työkaluja potilaan tai asiakkaan hyvinvoinnin arviointiin ja seurantaan, kun taas väestötason tutkimus tarjoaa viitearvoja ja mahdollistaa vertailun väestöryhmien kesken esimerkiksi koulutus- tai sosiaaliryhmien välillä. Kun väestötason tietoon mielenterveysoireista yhdistetään positiivisen mielenterveys, saadaan kattava kuva mielenterveyden kaikista ulottuvuuksista ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä yksilö- että väestötasolla. (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016).

Positiivisen mielenterveyden mittaria on käytetty jo useissa väestökyselyissä, kuten Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -kyselyssä, Kouluterveyskyselyssä sekä Kansallisessa terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (FinSote).

Lähteet:

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

Tennant R., Hiller L., Fishwick R. ym. (2005). [The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale \(WEMWBS\): Development and UK validation.](#) Health Qual Life Outcomes 5:63.

Vaillant, George 2012: [Positive mental health: is there a cross-cultural definition?](#) World Psychiatry 11:93–9.

15.3 Osallisuuden mittaaminen

Lars Leemann & Anna Keto-Tokoi

Osallisuuden mittaaminen yksilö- ja väestötasolla

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos kehitti Euroopan sosiaalirahaston rahoituksella Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke Sokrassa osallisuusindikaattorin, joka mittaa osallisuuden kokemusta. Osallisuusindikaattori on kymmenestä väittämästä koostuva tieteellisesti validoitu mittari (Leemann ym. 2021). Väittämät kartoittavat vastaajan kuuluvuuden tunteita, tekemisten merkityksellisyttä ja koettuja toiminta- ja vaikutusmahdollisuuksia. Taustalla on laaja ja moniulotteinen käsitys osallisuudesta kuulumisena ja kuulluksi tulemisena (ks. Isola ym. 2017; Leemann ym. 2018).

Väittämien vastaukset sijoittuvat jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa osattomuuden kokemusta ja toinen osallisuuden kokemusta. Vastauksista lasketaan summapistemäärä, joka muunnellaan asteikolle 0–100 pistettä – mitä korkeampi pistemäärä sitä vahvempi osallisuuden kokemus. Väittämiin on hyvin helppo vastata. Väittämät eivät ole kohderyhmä- tai kulttuurisidonnaisia.

Tähän mennessä 120 toimijaa on käyttänyt osallisuusindikaattoria. Se on ollut käytössä erilaisissa väestötutkimuksissa kuten esimerkiksi Kouluterveyskyselyssä, Kansallisessa terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (FinSote) ja Suomalaisten yksinasuvien mielen hyvinvointi tutkimuksessa (PO-MELA). Lisäksi sitä käytetään myös hyvinvointialueilla, kunnissa ja kansalaisjärjestöissä.

Osallisuuden kokemuksen arviointi interventioissa

Osallisuusindikaattori on laajassa käytössä toimintojen ja hankkeiden vaikutusarvioinneissa. Erityisesti uusien interventioiden vaikutukset on hyvä arvioida sekä määrällisesti että laadullisesti. Laadulliseen osallisuuden arviointiin on kehitetty Pienet onnistumistarinat -työkalu (Nousiainen 2021).

Pienet onnistumistarinat auttavat selvittämään laadullisesti, miten ja mitkä tietyn toiminnan tai intervention vaikutusmekanismit ovat onnistuneet vahvistamaan osallisuuden kokemusta. Siinä tehdään puolistrukturoituja teemahaastatteluja intervention kohteena oleville henkilöille ja kartoitetaan positiivisia vaikutuksia, joita toiminta on voinut tuottaa. Näistä haastatteluista voidaan tunnistaa onnistumistarinoita eli yksittäisiä osallisuutta vahvistaneita kokemuksia. Pienissä onnistumistarinoissa yksilön oma ääni ja kokemukset saadaan kuuluviin. Tarinat täydentävät hyvin osallisuusindikaattorin tuloksia.

Osallisuusindikaattorin validointitutkimus (Leemann ym. 2021) osoittaa osallisuuden kokemuksen olevan yhteydessä yksinäisyyteen, koettuun terveyteen, elämänlaatuun, positiiviseen mielenterveyteen, sosiaaliseen tuen saamiseen, toimijuuteen ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen. Lisäksi tutkimus osoittaa selkeästi, että osallisuusindikaattori ei kuitenkaan mittaa näitä samoja ilmiöitä. Positiivisen mielenterveyden osalta samaan johtopäätökseen tulee myös toinen tutkimus (Ahrnberg ym. 2021).

Lähteet:

Ahrnberg H., Appelqvist-Schmidlechner K., Mustonen P., Fröjd S., Aktan-Collan K. (2021). [Determinants of Positive Mental Health in Adolescents—A Cross-Sectional Study on Relationships between Positive Mental Health, Self-Esteem, Character Strengths and Social Inclusion](https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.016408). *International Journal of Mental Health Promotion* 23(3): 361–374. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.016408>

Isola A-M., Kaartinen H., Leemann L., Lääperi R., Schneider T., Valtari S., Keto-Tokoi A. (2017). [Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0). Työpäpaperi: 2017_033. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>

Leemann L., Martelin T., Koskinen S., Härkänen T., Isola A-M. (2021). [Development and Psychometric Evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale](https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440). *Journal of Human Development and Capabilities*. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440>

Leemann L., Isola A-M., Kukkonen M., Puromäki H., Valtari S., Keto-Tokoi A. (2018) [Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi: Kyselytutkimuksen tuloksia](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-119-5). Työpäpaperi: 2018_017 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-119-5>

Nousiainen Marko (2021) [Pienet onnistumistarinat ja osallisuuden kokeminen Yhteisissä keittiöissä](https://www.julkari.fi/handle/10024/141191). *Yhteiskuntapolitiikka* 86(2): 155–165 <https://www.julkari.fi/handle/10024/141191>

15.4 Psyykinen kuormittuneisuus ja stressi

Keskeinen väestön mielenterveyden seurantatiedon lähde on THL:n FinSote-tutkimus. FinSote on kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus, jonka avulla seurataan väestön hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuneita muutoksia eri väestöryhmissä ja alueittain (Parikka ym. 2021). Tutkimus tuottaa myös seuranta- ja arviointitietoa. FinSote-tutkimuksen tulokset julkaistaan [Terveysme.fi](https://www.terveytemme.fi)-palvelussa, ja useita sen pohjalta muodostettuja indikaattoreita julkaistaan Sotkanet-indikaattoripankissa.

FinSote-tutkimuksessa kysytään psyykkisestä kuormittuneisuudesta RAND-36- eli SF-36-elämänlaatumittarista peräisin olevasta Mental Health Inventory-5- eli MHI-5-kyselyllä (McHorney ym. 1994). MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja onnellisuuden kokemusta viimeisen neljän viikon aikana. Mittarin kokonaispistemäärän laskentatapa on kuvattu tarkemmin RAND-36-mittarin suomenkielisessä julkaisussa (Aalto ym. 1999).

FinSotessa psyykkisen kuormittuneisuuden katkaisukohtana on käytetty pistemäärää 52, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua. Kansainvälisissä tutkimuksissa näin alhaisen pistemäärän saaneilla on todettu usein jokin masennus- tai ahdistuneisuushäiriö (Cuijpers ym. 2009).

Kouluterveyskyselyssä on mitattu nuorten ahdistuneisuutta vuodesta 2013 lähtien. Viimeisin Kouluterveyskysely on toteutettu maaliskuu- toukokuussa 2021, noin vuosi mielenterveysstrategian julkaisemisen jälkeen (www.thl.fi/kouluterveyskysely).

Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus toteutettiin helmikuussa 2021 ja päättyi maaliskuussa 2021 koronaepidemian kolmannen aallon aikana (Parikka ym. 2022). Psykkistä kuormittuneisuutta mitattiin samalla MHI-5-kyselyllä kuin FinSote-tutkimuksessakin. Tutkimuksen perustulokset on julkaistu Terveystemme -palvelussa (<https://www.terveytemme.fi/kott/>).

Tilastokeskus on toteuttanut kevästä 2020 alkaen Valtioneuvoston toimeksiannosta Kansalaispulssi-kyselysarjaa, jossa on tarkasteltu koronaepidemian vaikutuksia väestöön monipuolisesti. Kysely on sisältänyt koettuun stressiin liittyvän kysymyksen, jonka pohjalta voi arvioida stressiin liittyvää mielenterveysoireilua väestössä. Myös Kansalaispulssin tulosten mukaan eniten stressiä ovat kokeneet 15–29-vuotiaat. Koettu stressi on vaihdellut koronaepidemiatilanteen mukaan. Keväällä 2022 myös Ukrainan sota on lisännyt väestön kokemia stressiä ja huolta. (<https://valtioneuvosto.fi/tietoa-koronaviruksesta/kansalaispulssi>)

Työterveyslaitos on toteuttanut seurantakyselyjä kunta-, sairaala- ja sote-organisaatioiden henkilöstölle yli 20 vuoden ajan (Kunta- ja hyvinvointialan henkilöstön seurantatutkimus (FPS) | Työterveyslaitos (ttl.fi)).

15.5 Päihteiden käyttö

Alkoholijuomien kokonaiskulutus kattaa määritelmällisesti alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen ja niin sanotun tilastoimattoman kulutuksen. Kokonaiskulutus ilmoitetaan litroina sataprosenttista alkoholia 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Tilastoitu kulutus koostuu sekä alkoholijuomien vähittäismyynnistä että anniskelumyynnistä Suomen rajojen sisäpuolella. Tilastoimattomaan kulutukseen sisältyy alkoholijuomien matkustajatuonti ja suomalaisten ulkomailta internetin kautta ostamat alkoholijuomat. Tilastoimaton alkoholinkulutus arvioidaan vuosittain kyselytutkimusten perusteella. Ks. lisää <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>

Alkoholin kokonaiskulutus on paras indikaattori alkoholihaittojen kehityksen seuraamiseen ja enustamiseen väestötasolla. Haittojen kehitykseen eri väestöryhmissä vaikuttavat kuitenkin myös alkoholin käyttötavat, erityisesti humalajuominen ja alkoholin riskikulutus. Riskikulutus eli alkoholin pidempikestoinen liiallinen käyttö on puolestaan yhteydessä pitkällä aikavälillä kehittyviin terveyshaittoihin.

Kouluterveyskyselyn aineiston perusteella luotu indikaattori ”huolta herättävää päihteiden tai tupakka- ja nikotiini tuotteiden käyttöä tai rahapelaamista” tuottaa tietoa niiden nuorten osuudesta, joiden päihteiden käyttö herättää huolta. Indikaattori perustuu neljään osioon: 1) Käyttää päivittäin jotain tupakkatuotetta tai sähkösavukkeita, 2) Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, 3) Kokeillut vähintään kaksi kertaa kannabista, 4) Pelaa rahapelejä viikoittain. Tarkastelussa ovat vastaajat, joilla toteutuu vähintään kaksi edellä mainituista.

AUDIT-C -indikaattori saadaan Finsote-tutkimuksesta. AUDIT-C ilmaisee alkoholia todennäköisesti liikaa käyttävien osuuden prosentteina 20 vuotta täyttäneistä. AUDIT-C -mittari on lyhennetty versio laajemmasta AUDIT-testistä (Alcohol Use Disorders Identification Test), jonka Maailman terveysjärjestö WHO kehitti 1980-luvulla. AUDIT-C mittaa juomisen määriä, sitä kuinka usein juo, kuinka paljon kerralla ja kuinka usein juo runsaasti eli kuusi tai useampia annoksia kerralla. AUDIT-C on

tutkimusten mukaan validi indikaattori alkoholin käytölle, johon liittyy kohonnut riski saada alkoholihaittoja.

15.6 Mielenterveyspalvelut – tarve ja palvelujärjestelmä

Suomessa on tehty mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä kartoittava väestötutkimus viimeksi vuonna 2011. Tästä johtuen eri mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä ja palvelutarpeesta sekä näissä tapah-tuneista ajallisista muutoksista vuoden 2011 jälkeen ei ole tietoa. Raportissa käsitellään palvelujärjestelmästä kansallisten rekistereiden kautta saatuja tietoja, vaikka tämän tiedon luotettavuudessa on tunnis-tettuja ongelmia (THL 2022, Forsell ym. tilastoraportti).

Koronaepidemian aikana STM ja THL toteuttivat yhdessä psykiatrisen erikoissairaanhoidon sai-raanhoitopiirien toimialajohtajille suunnatun kyselyn, jota toistettiin 1–3 kuukauden välein. Viimei-sin kysely toteutettiin helmikuussa 2022. Kyselystä on koostettu alueiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstötilanteesta, sisältäen lasten-, nuorten- ja aikuisten psykiatristen palvelui-den tarkastelun.

Kansaneläkelaitos (KELA) tuottaa tilastoja erilaisista mielenterveyden ja hoitojen indikaattoreista. Näitä ovat esimerkiksi ostetut lääkkeet, myönnetyt erityiskorvaukset, mielenterveysperusteiset sairaus-korvaukset ja työkyvyttömyyseläkkeet.

Kansaneläkelaitos myöntää erityiskorvausoikeuden psykiatriseen lääkehoitoon vaikean mielenter-veyshäiriön vuoksi. Käytännössä erityiskorvausoikeus myönnetään henkilöille, joilla on skitsofrenia-ryhmän psykoottinen häiriö, tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö, tyypin II kaksisuuntainen mieli-alahäiriö, jossa on esiintynyt psykoosioireisia masennusjaksoja tai vakava masennus, johon on liittynyt psykoottisia oireita. Erityiskorvattavaan lääkitykseen psykoosin vuoksi oikeutettujen osuus väestöstä heijastaa siten näiden psykoosisairauksien esiintyvyyttä väestössä.

15.7 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisältöindikaattorit

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden sisältöä kuvaavia toimenpidekoodeja on kehitetty ja otettu vähitel-len valtakunnalliseen käyttöön. Niistä saadaan alueellisesti vaihtelevasti tietoa potilastietojärjestelmiin kirjatuihin ja kansalliselle tasolle raportoitavista toimenpiteistä. Koodeilla saatavan tiedon luotettavuus riippuu organisaatioiden ja yksiköiden kirjaamisen kulttuurista ja käytännöistä sekä siitä, kuinka usein koodit päivitetään eri asiakastietojärjestelmiin.

Sosiaalihuollon kirjaamista edistetään tulevina vuosina. Tämän tärkeys on korostunut esimerkiksi koska menetelmäkoulutukset ovat kohdentuneet sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammatti-laisille. Periaatteena kehittämisessä on, että samansisältöistä työn sisältöä, kuten esimerkiksi IPC-ohjan-ta, tulisi voida seurata potilaan saaman hoidon saatavuuden kannalta eli kokonaisuutena, riippumatta siitä, onko se toteutettu sosiaali- vai terveydenhuollossa tai perus- vai erikoissairaanhoidossa.

Psykiatrian erikoisaloille hoitoon pääsyä odottaneiden määrä; mielenterveys- ja päihdeasiakkaan jonotusaikaa perustason palveluihin ei pystytä erottamaan muusta asiakaskunnasta.

Päihteiden käytön takia erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa asioivista henkilöistä saadaan tietoa olemassa olevista tilastoista ja rekistereistä. Tiedot kuvaavat ensisijaisesti palvelujen käyttöä, eivät niinkään esimerkiksi palvelujen tarvetta tai niiden onnistumista. THL:n ylläpitämiin TerveysHilmo-, AvoHilmo- ja SosiaaliHilmo-rekistereihin kerätään tietoja muun muassa päihteiden käyttöön liittyvistä diagnooseista ja toimenpiteistä. Tiedetään, että etenkin AvoHilmo-tietojen osalta rekisteritietojen siirtymisessä ja käytysyiden kirjaamiskattavuudessa on suuria alueellisia eroja.

15.8 Alkoholiperäiset kuolemat ja huumausainekuolemat

Alkoholiperäiset kuolemansyyt

Alkoholitauteihin luetaan ne tautiluokituksessa määritellyt taudit, joiden aiheuttajana on alkoholi ICD-10-luokituksessa. Alkoholimyrkytyksiä ovat alkoholin ja alkoholin korvikkeaineiden aiheuttamat myrkytyskuolemat (luokka X45). Ks. Lisää <https://www.stat.fi/til/ksyyt/kas.html>

Huumausainekuolemat

Huumausainekuolemien laskemisessa käytetään EU:n Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen EMCDDA:n laatimaa luokittelua (Selection B). Sen mukaan huumausainekuolemiksi lasketaan tapaukset, joissa peruskuolemansyynä on huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö tai tahaton, tahallinen tai tahallisuudelta epäselvä huumeiden aiheuttama myrkytys. EMCDDA:n luokituksen mukaisilla huumeilla tarkoitetaan lähinnä opioideja sekä myös kannabista ja sen johdoksia, muita hallusinogeeniä sekä väärinkäyttöön soveltuvia psykostimulantteja, kuten amfetamiinia ja sen johdoksia ICD-10-luokituksessa. Tapaukset on laskettu WHO:n suosituksen mukaisesti vaikuttavimmaksi arvioidun aineen mukaan. Useissa tapauksissa kyse on moniainemyrkytyksistä, jossa henkilö on nauttinut myös esimerkiksi alkoholia ja/tai psyykenlääkkeitä. ks. lisää <https://www.stat.fi/til/ksyyt/kas.html>

15.9 Työhyvinvointi ja työolot

Työolobarometri mittaa työelämän muutoksia. Ministeriö tuottaa vuosittain työolobarometrin, joka kuvaa suomalaisen työelämän tilaa työpaikoilla. Barometrissa seurataan työntekijöiden näkemyksiä työstään. Tulokset perustuvat palkansaajien haastatteluihin, joissa kysytään muun muassa: omasta asemasta työmarkkinoilla, digitaalisesta työympäristöstä, jatkuvasta oppimisesta työssä, työaikajärjestelyistä, etätöystä ja työsuorituksen arvioinnista, syrjinnästä, kiusaamisesta, häirinnästä ja väkivallasta työssä, työn kuormittavuudesta ja työkyvystä, työn imusta ja hyvinvoinnista työssä sekä ammatillisesta järjestäytymisestä. Tutkimuksen tulokset raportoidaan keväisin. <https://tem.fi/tyoolobarometri>

Työterveyslaitoksen tutkimushankkeessa ”Miten Suomi voi?” tuotettiin tutkimustietoa suomalaisen väestön ja sen eri työntekijäryhmien työhyvinvoinnista koronapandemian aikana sekä johtopäätöksiä ja suosituksia työhyvinvoinnin edistämiseksi. <https://www.ttl.fi/tutkimus/hankkeet/miten-suomi-voi>

Liite 1: Mielensterveysstrategian painopistekohtainen toimeenpano

Mielensterveys pääomana	
Tavoite	Mielensterveys on yksilön, perheiden, yhteisöjen ja yhteiskunnan pääomaa, josta pidetään huolta ja johon sijoitetaan.
Toteutus	Toteutus pääosin Mielensterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa (MITO) - valtionavustushankkeilla 12/2020-6/2023 sekä Työelämän mielensterveysohjelman toimilla 2021-2022. THL tukee hankkeiden tavoitteiden toteutumista. Mielensterveyden edistämiseen liittyvän viestinnän toteutus hankkeiden kautta. Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeet.
Toteuma 2022 loppuun	THL tukenut hankkeita toiminnassa ja viestinnässä, TTL Työelämän mielensterveysohjelman toteutus ja viestintä.
Arviointi	Hankkeet edenneet hyvin ja tuottaneet uusia kohderyhmiä, toimintamalleja ja näkökulmia edistämiseen. Yhteisöllinen näkökulma mielensterveyteen ja työelämän mielensterveyttä edistävä rooli on näkynyt hyvin viestinnässä. Lasten, nuorten ja työikäisten osalta näkyvyys hyvä, ikääntyneet on hankkeissa huomioitu kohderyhminä, mutta ei yleisemmin riittävällä laajuudella. Muiden erityisryhmien tarpeiden esiin nostaminen on ollut liian vähäistä. Huomioiden laaja mielensterveysoireilu, ei hankkeiden kautta tapahtuva viestintä ole ollut riittävää mielensterveyden edistämiseksi ja mielen hyvinvoinnin vahvistamiseksi. Hankkeilla ei ole väestön tavoittamiseksi riittävää viestintäosaamista eikä resursseja.
Lasten ja nuorten mielensterveyden rakentuminen arjessa	
Tavoite	Annetaan yhdenvertaiset mahdollisuudet turvalliseen lapsuuteen ja oman potentiaalin löytämiseen ja toteuttamiseen kaikille lapsille ja nuorille.
Toteutus	Mielensterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa -hankekokoaisuudessa on kehitetty toimintamalleja, joilla koulutuksella voidaan lisätä lasten ja nuorten kanssa arjessa työskentelevien ammattilaisten mielensterveystaitoja. Yhteistyö mm. lapsistrategian kanssa.
Toteuma 2022 loppuun	Hankkeet kuvaavat toimintamallejaan Innokylässä ja viestivät niistä tilaisuuksissa ja muuten. Lapsistrategian julkaisuja tulossa. Viestintäkampanja (THL) alkanut 2022 ja liittyy nuorten mielen hyvinvointiin.
Arviointi	Hankkeet edenneet hyvin. Nuorten mielensterveys ja yhteisöllinen näkökulma laajasti esillä myös julkisessa keskustelussa. Toiminnan kehittäminen siiloutuu eri ministeriöihin ja hankkeisiin eikä yhteistyötä ole saatu parannettua. Toivotaan jatkossa toimivien toimintamallien levittäminen painopisteeksi uusien kehittämisen sijaan. Edistävän työn vaikutuksellisuus perustuu pitkäjänteisyyteen ja vaatii näin pysyviä rakenteita ja toimintamalleja sekä seurantaa. Tulokset vaatimattomia tarpeeseen nähden, edistävä työ tahtoo hukkua palveluiden resurssipulan alle niin keskustelussa kuin resurssinnissa. Perheiden tuen tarpeen huomioiminen ei ole ollut juurikaan esillä mielensterveysstrategian hankkeissa.

Mielenterveysoikeuksien toteutuminen	
Tavoite	Kaikkien oikeus hyvään mielenterveyteen. Palveluissa hyväksytyksi tuleminen ja syrjimättömyys, ihmisarvon ja perus- ja ihmisoikeuksien kunnioitus, oikeus vaikuttaa kansalaisena, päätöksenteon osapuolena ja kokemusasiantuntijana, oikeus hyvään hoitoon.
Toteutus	IPS-mallin pilotointi. Opiskelujen ja työelämän ulkopuolella olevien (NEET)-nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluita koskeva selvitys. Oikeuksien ja osallisuuden huomiointi osana valtakunnallisia tapahtumia. Viestintä hankkeissa.
Toteuma 2022 loppuun	IPS osoitettu toimivaksi ja käyttö laajenemassa. Kansanterveyden neuvottelukunnan Mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasioiden -jaostossa valmistellaan kielteisen leiman vastaista ohjelmaa.
Arviointi	Osallisuus on näkynyt valtakunnallisissa tilaisuuksissa, mm. nuoret ja kokemusasiantuntijat mukana tilaisuuksien suunnittelussa ja toteutuksessa. Mielenterveys- ja päihdepotilaan oikeus (osa-aikaiseen) työhön tunnustetaan aiempaa paremmin. Osatyökykyisten työllistyminen onnistunut hyvin. Tämä painopiste on ollut kapeasti esillä tällä toimeenpanokaudella.
Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut	
Päätavoite	Asiakaslähtöiset, saavutettavat, oikea-aikaiset, vaikuttavat, joustavat, yhteen sovitettut ja jatkuvuutta tukevat palvelut.
Osatavoite 1	Perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen.
Toteutus	Eri psykososiaalisten menetelmien ja toimintamallien esille tuominen ja niihin liittyvien palvelumallien asiakaslähtöisyyden parantaminen. Osana tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden hankkeita, muut mt-strategian hankkeet yhteistyössä sote-toimijoiden ja toimeenpanon kanssa. Hankeyhteistyö, THL hanketuki, tilaisuudet, työpajat, viestintä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtajien verkoston laajentaminen vastaamaan uusia rakenteita ja perustason toimintojen painopistettä.
Toteuma 2022 loppuun	Tämä on ollut laajin yksittäinen toimeenpanon alue niin sisällöllisesti kuin resurssien määrällä mitattuna. Järjestetty kymmenittäin mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä tukevia tilaisuuksia vuonna 2022, laaja viestintä tukena. Tavoitettu 200-600 henkeä per tilaisuus. Tarve jatkuu vuoteen -23 sote-keskus-ohjelman jatkuessa. Kehittäminen syvenee osana Kestävän kasvun ohjelmaa, jatketaan samoilla kehittäjäverkostoilla ja THL asiantuntijoilla.

Arviointi	<p>Hanketoiminta on toteutunut suunnitellusti ja onnistuneesti, varsinaiset mitattavat tulokset väestön terveydessä saadaan myöhemmin.</p> <p>Perustason ja psykiatrian hoitovaje sekä resurssipula haasteena. Painopiste toimeenpanossa on ollut perustasolla, ehkäisyssä, lievis- ja keskivaikeissa oireissa. Etenkin nuorten hoidon vaikuttavuus on parantunut merkittävästi.</p> <p>Alueen kehittäjiä suhtautuminen innostunutta ja positiivista. Hoitotyötä tekevät puolestaan kuormittuneet ja jonot kasvaneet. Ikääntyneiden ja vakavammin psyykkisesti sairastuneiden palvelut tarvitsevat jatkossa enemmän huomiota.</p> <p>Tarvitaan keskustelu yleisten terveystarkastusten ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn keskinäisestä vaikuttavuudesta ja tärkeydestä opiskeluhuollossa, tämä tarve korostunut kun opiskeluhuoltoon on viety hoidollisia interventioita.</p>
Osatavoite 2	Selvitys opintojen ja työelämän ulkopuolella olevien (NEET-) nuorten mielenterveyspalveluissa toimivista käytännöistä.
Toteutus	Suosituksien palvelujen organisoimisesta. Toteutuksen suunnittelun yhteistyö. Työpajatyöskentelyn, katsausten ja asiantuntijatyön pohjalta laaditaan suositus perusterveydenhuoltoon NEET-nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluiden toteuttamisesta.
Toteuma 2022 loppuun	Suositus valmistuu vuoden 2022 loppuun mennessä.
Arviointi	Etenee suunnitelmien mukaan. Suositusten levittämisen ja juurruttamisen tarvetta seuraavina vuosina, jotta suositusten mukaisia toimenpiteitä otetaan käyttöön.
Osatavoite 3	Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakaslähtöisyyden selvitys.
Toteutus	Valmistellaan ja toteutetaan kansallinen asiakaspalautekysely mielenterveys- ja päihdepalveluihin.
Toteuma 2022 loppuun	THL-raportti julkaistu 26.8.2022. Aineiston tarkempi analysointi aloitetaan ja tehdään käsikirjoituksia suomeksi ja englanniksi.
Arviointi	Asiakaspalautekysely osoittautui toimivaksi. Palveluiden tarjoajat antoivat hyvää palautetta toteutuksesta. Tiedonkulku onnistui. Kysymykset soveltuvat käyttöön jatkossa muokkausten jälkeen.
Hyvä mielenterveysjohtaminen	
Tavoite	Mielenterveyden huomioiminen sisältyy kaikkeen johtamiseen. Mielenterveystyötä ohjataan ja johdetaan suunnitelmallisesti kokonaisuutena ylittäen hallinnolliset rajat.
Toteutus	Teemana osassa mielenterveysosaamisen vahvistaminen kunnissa-hankkeita, viestintä ja materiaalit. Sote-hanketoimiston ja asiantuntijoiden tuki kehittäjille ja johtajille, tilaisuudet ja muu viestintä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtajien verkosto kokoontuu 3-4 kertaa vuodessa, viestitään siellä nousevista teemoista. Eri hallinnonalojen yhteistyön tiivistäminen. ITLA:n kanssa implementaatiokoulutus 2021, verkkokoulutus valmistuu 2022.
Toteuma 2022 loppuun	Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisen ja johtamisen verkostot ovat vahvistuneet ja viestintä tehostunut. Tiedolla johtamisen tukea vahvistettu. Tietopohjan rakenteita ja niiden käyttöä koskevaa tietoa vahvistettu merkittävästi. Mielenterveysvaikutusten arviointi ja kartoitus (MIVA) 2022.

Arviointi	<p>Useita toimenpiteitä tehty, mutta vahvistamisen tarvetta seuraavina vuosina.</p> <p>Valmistuvat MIVA malli ja ohjeet ovat jatkossa hyödynnettävissä osana terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointia.</p> <p>Sote-uudistuksen tuomat merkittävät muutokset rakenteisiin ja johtamisjärjestelmään, hoitovaje, resurssipula ja palveluiden tarpeen kasvu korostavat tämän painopisteen tärkeyttä jatkossa.</p> <p>Yliopistoklinikoilla ei ole ollut riittävää implementaatio-osaamista. Implementaation tuki ja implementaatio-osaamisen lisääminen vaatii keskitettyä ja pysyvää rakennetta, tukea, seuranta ja ohjeistusta, joka on erillinen yliopistoklinikoiden keskittämisesetukseen tuomasta tehtävästä.</p>
Itsemurhien ehkäisyohjelma	
Tavoite	Laaja-alainen itsemurhakuolemien estäminen ja itsemurhaa yrittäneiden hoidon parantaminen eri tahojen yhteistyönä.
Toteutus	Viranomaisyhteistyötä itsemurhakeinoihin vaikuttamiseksi (STM, LVM). Toimeenpanoa hankkeissa ja eri verkostoissa. Erillishanke Haastavat vuorovaikutustilanteet (HAAVA), jossa toteutetaan poliiseille verkkopohjainen itsemurhien ehkäisykoulutus ja josta THL:n Itsemurhien ehkäisy-verkkokouluun lisätään sisältöä sote-alan ulkopuolella toimiville ammattilaisille.
Toteuma 2022 loppuun	<p>Koulutettu ammattilaisia sote-alalla tunnistamaan itsemurhariski ja tarjoamaan interventio riskissä olevalle tai itsemurhaa yrittäneelle. Mallinnettu itsetuhoisen interventioissa järjestöjen toiminnan integrointia sote-palveluihin.</p> <p>Kehitetty tietopohjaa ja kirjaamisen käytäntöjä itsetuhoisuutta koskevan tiedon keräämiseksi potilastietojärjestelmistä.</p> <p>Järjestetty seminaarit ja viestintää kansainvälisenä itsemurhien estämisen päivänä (10. syyskuuta).</p> <p>Useita blogikirjoituksia ja muuta viestintää.</p>
Arviointi	<p>Itsemurhien ehkäisyn hankkeita sisältävillä alueilla nähtävissä laskea itsemurhien määrässä.</p> <p>Pandemian jälkeinen aika lisää riskitekijöitä. Uusia erillishankkeita on ideoitava tuleville vuosille juurruttamisen, levittämisen ja jatkuvuuden turvaamiseksi.</p> <p>Tietopohjan kehittäminen mahdollisimman ajantasaiseksi on keskeistä tavoitteeseen pääsemiseksi, jotta aluetasolla voidaan reagoida nopeasti paikallisiin itsemurhien lisääntymisen ilmiöihin (esimerkiksi nuorten mallioppimisen seurauksena).</p>