



29.10.2019

Helena Vorma
Lääkintöneuvos
Sosiaali- ja terveysministeriö
Hyvinvointi ja palvelut
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
02951 63388, 050 430 2439

Viite: VN/8699/2019

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on 25.9. pyytänyt Helsingin yliopistolta lausuntoa kansallisen vuosien 2020-2030 Mielenterveysstrategian luonnoksesta. Strategialuonnos sisältää myös nelisivuisen kansallisen Itsemurhien ehkäisyohjelman.

Kiitämme mahdollisuudesta kommentoida tärkeää strategialuonnosta, ja kommentoimme seuraavassa ensin Mielenterveysstrategiaa sen painopistealueiden mukaisessa järjestyksessä, ja sitten Itsemurhien ehkäisyohjelmaa sen sisältämien asiakokonaisuuksien mukaisesti:

Kommentteja mielenterveysstrategialuonnokseen:

Pidämme erittäin arvokkaana, että STM valmistelelee kansallista Mielenterveysstrategiaa. Alla esitetty rakentava kritiikki on syytä ottaa osoituksena käsiteltävän aihepiiriin suuresta kansanterveydellisestä painoarvosta, ja strategian pientenkin yksityiskohtien merkitsevyydestä.

Mielenterveysstrategian keskeinen ongelma on siinä, että se ei nykymuodossaan riittävän selvästi erottele toisistaan psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyden häiriöihin liittyviä kysymyksiä. Termiä ”mielenterveys” käytetään strategialuonnoksessa pääosin synonyyminä psyykkiselle hyvinvoinnille, mutta luonnos sivuaa myös mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Hyvinvoinnin edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy ja hoito ovat suurelta osin erilisiä kysymyksiä, ja ongelmat niissä laadullisesti erilaisia.

Strategian painopistealueista ”*Mielenterveys pääomana*” on pitkälti julistus mielenterveyden itseis- ja välinearvosta. Ikävä kyllä se sisältää kovin vähän konkreettista tavoitteita, vaikka pyrkimykset yhteisöllisen hyvinvoinnin ja mielenterveysosaamisen lisäämiseen sinänsä kiitettäviä ovatkin. Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi ovat perin yleisluontoisia. Yleishyödyllisen toiminnan tukeminen ja erilaiset toimintaohjelmat lienevät poliittisesti toteuttamiskelpoisia, mutta miten tiedetään, milloin painopisteen tavoitteet ovat toteutuneet?

Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa sisältää sekä konkreettisia sosiaali-politiittisia linjanvetoja että aivan idealistisia tavoitteita, joita on käytännössä mahdotonta koskaan saavuttaa. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn kannalta on hyvä, että koulukiusaamiseen ja päihteille altistumiseen kiinnitetään huomiota. On yllättävää, kuinka vähän huomiota lapsuusiän keskeiset mielenterveyden riskitekijät (fyysinen, emotionaalinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu sekä hoivan laiminlyönti) saavat. Näiden pitäisi olla keskeinen ehkäisevien toimenpiteiden kohde, koska niiden haitallinen vaikutus kantaa aikuisuuteen saakka.

Mielenterveysoikeudet ovat pääosin perustuslain turvaamia yleisiä ihmisoikeuksia, sekä mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden tasavertaisen kohtelun oikeuksia. Oikeuksien listassa on sekä tärkeitä periaatteellisia kysymyksiä että melko pieniä detaljeja. Linjaukset tavoitteiden saavuttamiseksi ovat periaatetasolla kannatettavia.

"Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut" kuulostaa ideaalina kauniilta. Tavoitteen saavuttaminen on ainakin toistaiseksi osoittautunut vaikeaksi mm. siksi, että palvelujen resursointi ei ole läheskään vastannut tavoitetta. Resurssien käyttöä on laajalti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa pyritty optimoimaan nykyisinkin. Terveysthuollossa jo nykyisin käytetään näyttöön perustuvia hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä, mutta on toki tärkeää kirjata tämä periaate myös strategiaan, ja huolehtia hoidon saatavuudesta. Asiakaslähtöisyys ja tarpeiden mukainen hoito ovat arvokkaita periaatteita, mutta niiden toteuttaminen voi olla vaikeaa julkisesti rahoitetussa hoitojärjestelmässä, jossa kansalaisten yhdenvertaisuusperiaatteen mukainen oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu ovat keskeisiä arvoja. Hyvin olennaista on se, kuinka tarpeita määritellään. Useimmat ehdotetut linjaukset, kuten resurssien optimaalinen käyttö, voimavarojen lisääminen perustasolle, fyysisen terveyden edistäminen, jne. ovat hyvin perusteltuja.

"Hyvä mielenterveysjohtaminen" sisältää periaatteessa myönteisiä tavoitteita, mutta jättää monia tärkeitä konkreettisia kysymyksiä avoimeksi. Kuka ja missä organisaatiossa ohjaa ja johtaa hallinnolliset rajat ylittävää mielenterveystyötä? Onko kyse sekä hyvinvoinnin edistämisestä että häiriöistä kärsivien henkilöiden palveluista terveydenhuollon eri tasoilla, jota yksi ja sama orgaani tai toimija johtaa? On hyvä koota epidemiologista tietoa päätöksenteon perustaksi, ja tätä pyrkimystä on syytä tukea. Palvelujen tarve on häiriökirjon lievässä päässä kuitenkin hyvin suhteellinen ja arvokysymys, ja siten vaikeasti määriteltävä.

Ajatus *strategisen tutkimuksen neuvoston tutkimusohjelmasta* Mielenterveysstrategian tueksi on sinällään kannatettava. Itse strategian olisi kuitenkin hyvä olla eriytyneempi ja konkreettisempi.

Mitä strategiasta puuttuu? Strategiasta puuttuu lähes kokonaan näkemys siitä, miten mielenterveyden häiriöitä tulisi hoitaa, ja tähän tarkoitettua psykiatrista palvelujärjestelmää kehittää ja resursoida. Se ottaa kantaa lähinnä vain perustason kehittämiseen ja palvelujen integroimiseen, mitkä itsessään ovat kannatettavia asioita. Se ottaa myös hyvin vähän kantaa palvelujärjestelmän digitalisoitumiseen, mikä on vahvasti meneillään oleva muutosprosessi terveydenhuollossa. Mielenterveystalon kaltaiset palveluportaalit ovat keskeisiä mielenterveyttä koskevan tiedon levittämisessä, ja toimivat myös alustana nettipohjaisille psykoterapeuttisille interventioille. Psykoterapeuttisten hoitojen toteuttaminen videovälitteisesti voi mahdollistaa palvelujen tarjontaa alueille, joissa psykoterapeutteja on vähän. Psykososiaalisten hoitojen julkisen rahoituksen kasvaessa ja tarjonnan monipuolistuessa on elintärkeää, että tarjottavat hoidot ovat näyttöön perustuvia, ja että niiden laatua ja vaikuttavuutta systemaattisesti valvotaan mm. laaturekisterien avulla.

Kommentteja itsemurhien ehkäisyohjelmaan:

On erittäin hyvä, että STM valmistelee kansallista Itsemurhien ehkäisyohjelmaa 2020-luvulle. Tällaista kansallista linjanvetoa ja strategista harkintaa tarvitaan. Ohjelma on lyhyt ja suppea, mutta sellaisenaan toivottavasti alku alueen voimakkaammalle kehittämiselle. Ohjelma rakentuu usealle asiakokonaisuudelle, joita seuraavassa kutakin lyhyesti kommentoidaan:

Asenteiden muokkaaminen: On varmaankin hyvin perusteltua kouluttaa eri ammattiryhmien työntekijöitä ja lisätä tietoa itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Rajallisten resurssien maailmassa on kuitenkin tarpeellista arvioida, mitkä ovat ongelman kannalta keskeiset kohderyhmät, siis ammattiryhmät jotka usein kohtaavat itsetuhoisia henkilöitä.

Ehdotettu toimenpide tarkistuslistasta itsemurhavaaran tunnistamiseksi ei ole kannatettava, jos sillä tarkoitetaan yksilötason riskin arviointia riskitekijälistan (checklist) avulla. Itsemurhat ovat siinä määrän harvinaisia tapahtumia ja niiden ennustaminen niin vaikeaa, että checklist-arvioiden ennustearvo on hyvin heikko. Ne tunnistavat valtavan määrän vääriä positiivisia. Iso-Britanniassa NICE on suositellut, että niitä ei käytetä riskiarvioinneissa.

Itsemurhakeinoihin vaikuttaminen: Itsemurhamenetelmien saatavuuden rajoittaminen on periaatteessa tärkeä ja uskottava keino vähentää itsemurhia, ja on hyödyksi siitä huolimatta, että menetelmät voivat korvautua muilla.

Varhaistuen tarjoaminen: Varhainen tuki ja matalan kynnyksen palvelut ovat periaatteessa hyvältä kuulostavia ehdotuksia, mutta niiden todellinen vaikuttavuus itsemurhien ehkäisyssä on epävarmaa. Vaarana on rajallisten resurssien epätarkoituksenmukainen kohdentuminen. Keskeinen kysymys on myös se, millaisia sisällöltään matalan kynnyksen palvelut olisivat.

Riskiryhmien tukeminen: Tämä kappale on strategian suurin pettymys. Toimenpiteet kohdistuvat kovin eri tavoin kuin mitä itsemurhia koskeva epidemiologinen tutkimus riskiryhmistä kertoo. Itsemurhaa yrittäneiden suuri riski itsemurhakuolemaan on oikein mainittu, mutta muutoin strategia tarkastelee mielenterveyden häiriöitä kovin eriyttämättömästi. Suomalaisten itsemurhista 85% liittyy depressioon, päihdeongelmiin tai molempiin, joten näiden häiriöiden tunnistaminen ja hoito on keskeistä itsemurhien ehkäisyn kannalta. Skitsofreniasta tai epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien henkilöiden itsemurhakuolleisuus on samalla tavalla hyvin korkea, ja heidän asemaansa tulisi kiinnittää huomiota. Vanhuusiän somaattiset sairaudet ovat itsemurhan riskitekijöitä, mutta lähes aina depressioon yhdistyneenä. Päihdehäiriöiden ehkäisy, tunnistaminen ja hoito ovat itsemurhien ehkäisyn ydintä, ja tämä aihepiiri jää hämmästyttävästi sivuun ehkäisyohjelmassa.

Itsemurhaan kuolleista kolme neljästä on miehiä, ja jos ehkäisystrategian toivotaan tuottavan todellisia tuloksia, tämä tosiasia on strategiassa otettava huomioon.

Hoidon kehittäminen: Hoitohenkilöstön osaamisen kehittäminen itsetuhoisen henkilön tilan arvioinnin ja hoidon osalta on hyvin perusteltua, samoin hoitoon pääsyn nopeuttaminen ja itsetuhoisen henkilön hoidon priorisointi. Itsemurhaa yrittäneen hoidon kehittämisessä olisi aiheellista voimakkaammin mainita suuri tarve kehittää tulossa olevan kansallisen hoitosuosituksen mukaisesti terveyspalveluja mm. lyhytinterventioiden osalta. Itsemurhat kasaantuvat tietyistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden joukkoon (depressio, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, epävakaasta persoonallisuus, päihdehäiriöt), ja heidän psykiatrisen hoitonsa kehittäminen on hyvin olennaista itsemurhien ehkäisyn kannalta.

Mediaosaamisen lisääminen: On hyvin järkevää vaikuttaa median toimintaan siinä määrin kuin mahdollista.

Tutkimuksen vahvistaminen: On hyvin tarpeellista ja kannatettavaa vahvistaa itsemurhia koskevaa tieteellistä tutkimusta, ja luoda tälle infrastruktuuria ja resursseja. Itsemurhia koskevan tieteellisen tilannekuvan päivittäminen 2020-luvulle on välttämätön perusta uskottavan strategian luomiselle. Itsemurhien ehkäisyn kehittämisen kannalta on myös olennaista tehdä laajamittaista, uskottaviin interventioihin kohdistuvaa interventiotutkimusta.

Yhteenvedona toteamme, että Itsemurhien ehkäisyn tulisi pohjautua vahvaan epidemiologiseen näkemykseen siitä, mitkä tekijät ovat olennaisia itsemurhariskin kannalta, ja mihin asioihin on erilaisten interventioiden avulla mahdollista vaikuttaa. Strategiaa laatinen työryhmän toivoisi käyttävän asiantuntemustaan luonnoksen kehittämiseen tähän suuntaan.

Risto Renkonen

Dekaani, lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto

Erkki Isometsä

Psykiatrian professori, Helsingin yliopisto