

# Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030



Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6

# Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030

Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff

Sosiaali- ja terveysministeriö

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

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2020



Painotuotteet  
4041-0619



## Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Tekijät	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (toimittajat)		
Julkaisun nimi	Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6		
ISBN painettu	978-952-00-4143-4	ISSN painettu	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4139-7	ISSN PDF	1797-9854
URN-osoite	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7</a>		
Sivumäärä	70	Kieli	suomi
Asiasanat	mielenterveys, itsemurhat, mielenterveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, mielenterveyspalvelut, päähteen, psykkinen toimintakyky, psykkiset sairaudet, kuntoutus, kehittäminen		

### Tiivistelmä

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 perustuu pitkäaikaiseen valmisteluun ja laaja-alaiseen yhteistyöhön. Lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa ja sen eri toimialoilla ja tasoilla.

Mielenterveysstrategia tunnistaa mielenterveyden merkityksen muuttuvassa maailmassa. Mielenterveys nähdään voimavaraksi, jota voidaan tukea. Mielenterveyden häiriötä voidaan ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti ja niihin liittyvä syrjintää ja leimaamista vähentää. Koska mielenterveyden häiriöt ovat kansanterveydellinen haaste, palvelujen (mukaan lukien pähdepalvelut) saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tasolle. Strategia antaa suuntavivat päätöksenteolle sekä toiminnan ja voimavarojen suuntaamiselle. Laaja yhteistyö on tarpeellista sen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Strategiassa on viisi sisällöllistä painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, palvelut ja mielenterveysjohtaminen. Seurantaan ehdotetaan sekä olemassa olevia että kehitettäviä mittareita.

Strategian tavoitteita toteutetaan aluksi lisäämällä ehkäisevien ja hoitopalveluiden saatavuutta perustasolla sekä näiden ylläpitämiseksi tarvittavaa yhteistyörakennetta. Lisäksi parannetaan työelämään kulttuurisia mielenterveyspalveluja, mielenterveys-osaamista kunnissa ja itsemurhien ehkäisyä.

Julkaisu on päivitetty 17.2.2020, s. 25.

Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö
Painopaikka ja vuosi	PunaMusta Oy, 2020
Julkaisun jakaja/ myynti	Sähköinen versio: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Julkaisumyynti: <a href="mailto:vnjulkaisumyynti.fi">vnjulkaisumyynti.fi</a>

## Presentationsblad

<b>Utgivare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet			11.2.2020
<b>Författare</b>	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (redaktörer)			
<b>Publikationens titel</b>	Nationell strategi för psykisk hälsa och nationellt program för suicidprevention 2020–2030			
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:6			
<b>ISBN tryckt</b>	978-952-00-4143-4	<b>ISSN tryckt</b>	1236-2050	
<b>ISBN PDF</b>	978-952-00-4139-7	<b>ISSN PDF</b>	1797-9854	
<b>URN-adress</b>	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7</a>			
<b>Sidantal</b>	70	<b>Språk</b>	finska	
<b>Nyckelord</b>	mental hälsa, självmord, psykiskt hälsorämjande arbete, förebyggande, mentalvårdstjänster, rusmedel, psykisk funktionsförmåga, mentala störningar, rehabilitering, utveckling			

### Referat

Den nationella strategin för psykisk hälsa och det nationella programmet för suicidprevention 2020–2030 bygger på en lång beredning och ett brett samarbete. Utgångsläget är att den psykiska hälsan bör beaktas på ett övergripande sätt på olika sektorer och nivåer i samhället.

Strategin identifierar den psykiska hälsans betydelse i en föränderlig värld, där den psykiska hälsan betraktas som en resurs som kan stödas. Psykiatriska tillstånd kan förebyggas och behandlas effektivt, och den diskriminering och stigmatisering som är förknippad med dem minskas. Eftersom psykisk ohälsa är en utmaning för folkhälsan bör tillgången till vård (inkl. missbruksvård) förbättras så att den motsvarar nivån i övriga social- och hälsotjänster. Strategin ger riktlinjer för beslutsfattandet och inriktningen av verksamheten och resurserna. För att nå målen i strategin krävs ett omfattande samarbete.

Strategin innehåller fem prioriteringar: psykisk hälsa som en resurs, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, tjänster och ledarskap i psykisk hälsa. För uppföljningen föreslås både befintliga och nya indikatorer.

Inledningsvis genomförs strategin genom att öka tillgången till förebyggande tjänster och vård på basnivå samt en samarbetssstruktur till stöd för dem. Dessutom utvecklas rehabiliterande mentalvårdstjänster, kompetensen inom psykisk hälsa i kommunerna samt suicidpreventionen.

Publikation uppdaterades den 17 februari 2020, s. 25.

<b>Förläggare</b>	Social- och hälsovårdsministeriet
<b>Tryckort och år</b>	PunaMusta Ab, 2020
<b>Distribution/ beställningar</b>	Sähköinen versio: <a href="http://julkaisut.valtioneuvosto.fi">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Julkaisumyynti: <a href="http://vnjulkaisumyynti.fi">vnjulkaisumyynti.fi</a>

## Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		11 Feb 2020
Authors	Helena Vorma, Tuulia Rotko, Meri Larivaara, Anu Kosloff (editors)		
Title of publication	National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030		
Series and publication number	Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2020:6		
ISBN (printed)	978-952-00-4143-4	ISSN (printed)	1236-2050
ISBN PDF	978-952-00-4139-7	ISSN (PDF)	1797-9854
Website address (URN)	<a href="http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7">http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7</a>		
Pages	70	Language	Finnish
Keywords	mental health, suicides, mental health promotion, prevention, mental health services, intoxicants, mental functioning, mental disorders, rehabilitation, development		

### Abstract

The National Mental Health Strategy and Suicide Prevention Agenda 2020–2030 are based on long-term preparations and broad-based collaboration. The starting point is the comprehensive approach of mental health in society and its different sectors and levels.

The strategy recognises the importance of mental health in a changing world. Mental health is seen as a resource that can be supported. It is possible to effectively prevent and manage mental disorders and reduce discrimination and stigmatisation associated with mental disorders. Mental disorders are a public health challenge, and therefore the availability of mental health services (and addiction services) must be brought to the same level of other health and social services. The strategy provides guidelines for decision-making and for targeting activities and resources. Extensive collaboration is necessary to achieve the objectives.

The strategy has five priority areas: mental health as capital, mental health of children and young people, mental health rights, services and mental health management. Monitoring of progress should use both existing indicators and new indicators.

The objectives of the strategy will first be implemented by increasing the availability of preventive services and therapies at the basic level and by improving the cooperation structures necessary for maintaining these services. Other measures aim to improve employment-oriented mental health services, raise the level of mental health competence in municipalities and step up suicide prevention efforts.

Publication was updated on 17th February 2020, p. 25.

Publisher	Ministry of Social Affairs and Health
Printed by (place and time)	PunaMusta Ltd, 2020
Distributed by/ publication sales	Online version: <a href="#">julkaisut.valtioneuvosto.fi</a> Publication sales: <a href="#">vnjulkaisumyynti.fi</a>



# Sisältö

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



## LUKIJALLE

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

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

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

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

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

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

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

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

Mielenterveysstrategia ohjaa myös pähdepalvelujen kehittämistä. Siinä ehdotetut pähiteitä koskevat toimenpiteet sovitetaan yhteen alkoholi-, tupakka-, huume- ja rahapelipoliikan kanssa, ja ne täydentävät Ehkäisevän pähidetyön toimenpide-ohjelmaa. Vuoteen 2025 asti voimassa oleva Ehkäisevän pähidetyön toiminta-ohjelma tukee kunnissa ja alueilla tehtävää lakisääteistä työtä.

Helsingissä 11.2.2020

Sami Pirkola	Hanna-Mari Alanen	Virve Flinkkilä
Saila Hohtari	Pia Hytönen	Matti Kaivosoja
Tapio Kekki	Airi Partanen	Klaus Ranta
Päivi Rissanen	Timo Salmisaari	Jaana Suvisaari
Salla Toppinen-Tanner	Kristian Wahlbeck	Helena Vorma
Meri Larivaara	Tuulia Rotko	

# 1 Miksi Suomessa tarvitaan mielenterveysstrategia?

## 1.1 Mielenterveys osana kansanterveyttä ja hyvinvointia

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

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

hoitopalvelut) saadaan muiden terveyspalveluiden tasolle, vaaditaan yhteistä sitoumista ja voimavaroja.

**Suomalaisista 86 % arvioi psyykkisen hyvinvointinsa vähintään kohtalaiseksi.**

(Koponen ym. 2018)

**Lähes 20 %:lla suomalaisista on jokin mielenterveyden häiriö.**

(OECD/EU, IHME 2018)

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

(Kessler ym. 2007; Suvisaari ym. 2009)

**Aikuisista noin 30 % ylittää alkoholin ongelmakäytön rajat.**

(Sotkanet, 2018)

**Noin 3 %:lla suomalaisista on rahapeliongelma.**

(Cantell ym. 2019)

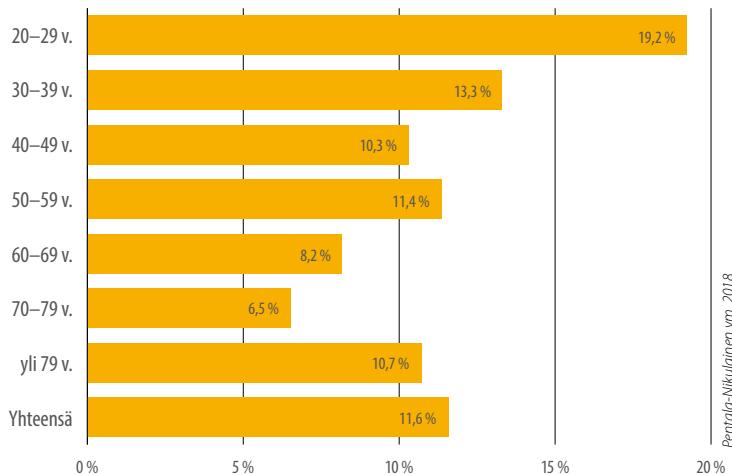
Mielenterveyttä voidaan lähestyä kahdesta näkökulmasta: Toisaalta hyvä mielenterveys on toimintakykyä ja elämänlaatua tukeva voimavara. Toisaalta katse voidaan kohdistaa psyykkiseen oireiluun ja sairauksiin. Kummassakin tapauksessa yksilön mielenterveyteen vaikuttavat perinnölliset tekijät, elinympäristö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

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

ja päihteiden kokeilua ja käyttöä, ja se on yhteydessä mielenterveyshäiriöihin ja al-haisempaan koulutukseen myös aikuisiässä. Sosiaalisen eriarvoisuuden vaikutukset somaattiseen ja psyykkiseen terveysteen olisivat suurelta osin välttämättä.

### Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%)

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



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

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

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

häiriöitää ehkäisevän työn ja myös sairaanhoidon ja kuntoutuksen välille. Kolmannekseen tulosten saavuttaminen vaatii kiinteämpää yhteistyötä somaattisen lääketieteen ja psykiatrian välillä sekä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Mielenterveyden ja mielenterveystyön strateginen kehittäminen tarkoittaa samaan aikaan sekä taloudellisuutta, oikeudenmukaisuutta että vaikuttavuutta.

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

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

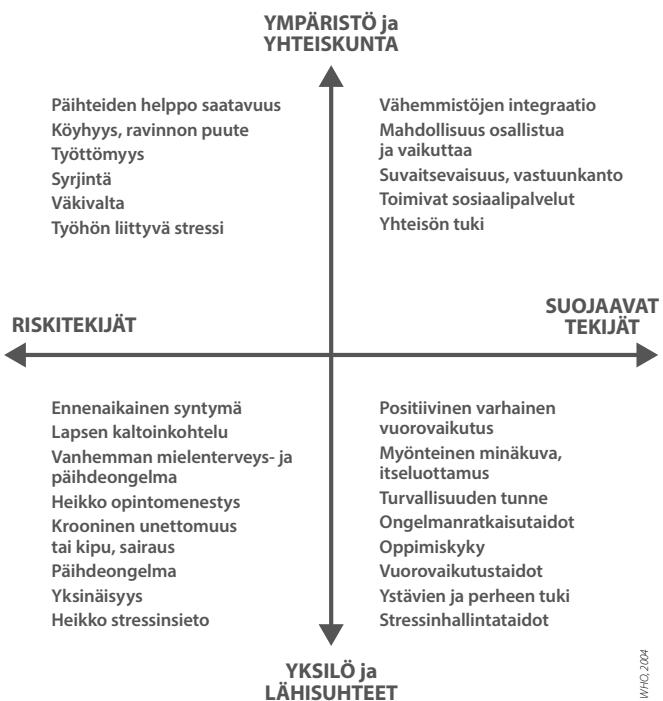
Mielenterveys ei ole pysyvä ominaisuus, vaan koko elämän ajan muotoutuva. Mielenterveyteen vaikuttavat monet sosiaaliset ja taloudelliset, biologiset ja ympäristötekijät. Suotuisissa olosuhteissa psyykkiset voimavarat lisääntyvät ja epäsuotuisissa ne ovat uhattuna. Myös esimerkiksi työ ja toimiva terveydenhuolto suojaavat mielenterveyttä. Mielenterveyteen liittyviä tietoja ja taitoja, kuten selviytymis- ja ongelmaratkaisutaitoja, voi myös oppia ja opettaa.

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

**Mielensyvyys ja hyvinvointi** viittaa ihmisen omaan kokemukseen hyvinvoinnistaan ja mielen tasapainosta. Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan osittain samaa kuin mielenterveydellä. Psyykkinen hyvinvointi liittyy usein hyväan mielenterveehen ja psyykkiseen toimintakykyyn, mutta psyykkistä hyvinvointia voi kokea myös mielenterveyden häiriötä sairastava henkilö. Vaikeankaan sairauden ei tarvitse estää yhteisöön kuulumisen, hyvinvoinnin tai elämänlaadun kokemuksia, kun perustarpeista ja yhtäläisistä oikeuksista huolehditaan.

**Psyykkinen toimintakyky** tarkoittaa ihmisen voimavarajoja, joiden avulla hän kykee selviytymään arjen vastoinkäymisistä ja kriisitilanteista. Psyykkinen toimintakyky kattaa muun muassa tunteisiin, ajatustoimintaan, hahmottamiseen, arviointi-kykyyn ja ongelmanratkaisuun liittyviä toimintoja. Kognitiiviset eli tiedon käsittelyyn ja ajatteluun liittyvät toiminnot ovat keskeisiä psyykkisiä toimintoja.

#### Mielenterveyttä yksilö- ja yhteisötasolla uhkaavia ja suojaavia tekijöitä



WHO 2004

**Psyykkinen sairaus** tarkoittaa tilaa, joka aiheuttaa kärsimystä ja haittaa toimintakyvylle ja jossa oireiden määränpainotus, keston ja vaikeusasteen perusteella voidaan asettaa **mielenterveyden häiriön diagnoosi**. Myös **riippuvuudet** ja lääkkeiden ja päähteiden haitallinen käyttö kuuluvat mielenterveyden häiriöiden diagnoosiryhmään. Psyykkisiin sairauksiin sisältyy usein muutoksia ajattelussa, tunteissa, kognitiivisessa toiminnassa, käyttäytymisessä tai ihmisuhteissa. Nämä sairaudet voivat aiheuttaa jonkin verran häiritseviä oireita ja tavanomaisen toimintakyvyn heikkenemistä tai huomattavaa kärsimystä ja toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Valtaosaa psyykkisistä oireista ja sairauksista, mukaan lukien pääihäiriöt ja päähteiden riskikäyttö, voidaan hoitaa menestyksellisesti.

**Mielenterveysosaaminen** tarkoittaa tietoa ja ymmärrystä mielenterveydestä voimavarana ja terveyden osa-alueena, mielenterveyden suoja- ja riskitekijöistä sekä keinoista vahvistaa mielenterveytä. Mielenterveysosaamiseen sisältyy mielenterveyteen liittyvien asenteiden ja käsitysten tunnistaminen ja ymmärtäminen. Mielenterveysosaamiseen kuuluu myös tieto ja ymmärrys mielenterveyden häiriöstä sekä niiden hoitomahdollisuuksista ja mielenterveyspalveluista. Mielenterveysosaamiseen kuuluu **pääihdeosaaminen**. Pääihdeosaaminen tarkoittaa tietoa yksilön ja yhteisön pääihteettömyyttä suojaavista tekijöistä, päähteisiin liittyvistä terveytä, hyvinvoontia ja turvallisuutta vaarantavista tekijöistä sekä olemassa olevista palveluista. Mielenterveysosaamiseen kuuluu myös ymmärrys mielenterveyden ja päähteiden käytön merkityksestä koko yhteiskunnan hyvinvoinnille ja menestyselle.

**Mielenterveytäidot** ovat tunne-, tietoisuus- ja vuorovaikutustaitoja, joustavuutta selviytyä elämänkriiseistä ja kykyä säädellä kuormitusta ja stressiä sekä luoda merkityksellisiä suhteita muihin ihmisiin. Niillä tarkoitetaan myös kykyä hallita ja säädellä impulsseja, jotka voisivat johtaa vahingolliseen päähteiden käyttöön tai muulla tavalla ilmenevään vahingolliseen elämää hallitsevaan toimintaan. Mielenterveys-taitoihin sisältyvät myös arjen taidot sekä itsessä ja muissa olevien psyykkisten voimavarojen tunnistaminen ja niiden hyödyntäminen tasapainon rakentamisessa työn, opiskelun, levon ja vapaa-ajan välillä. Mielenterveyden ja sen heikkenemisen puheeksi ottaminen ovat osa mielenterveytäitöjä, samoin kuin valmias arvioda, milloin omat voimavarat eivät riitä ja milloin tarvitaan ammattilaisten apua.

## 2 Mielenterveyslinjaukset

Mielenterveysstrategiassa on viisi painopistettä:

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

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

## 2.1 Mielenterveys pääomana

Mielenterveys on tärkeimpiäasioita ihmisen elämässä. Se vaikuttaa kaikkeen terveyteen, hyvinvointiin, ihmissuhdeisiin, opiskeluun, työhön ja koko elämän kuluun. Ihmisten hyvä mielenterveys vahvistaa luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteiskunnassa. Tuottavuus on vahvasti sidoksissa työvoimaan kuuluvien ihmisten mielenterveyteen. Väestön hyvä mielenterveys tukee koko Suomen menestymistä.

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

- kaikissa elämän vaiheissa,
- opiskelussa ja työssä,
- arkiympäristöissä, yhteisöissä ja vapaa-ajan toiminnassa,
- yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa.
- Yleisen kansanterveydellisen näkökulman lisäksi erikseen otetaan huumioon eri vähemmistöryhmät, kielelliset ja kulttuuriset ryhmät.

### Linjauksen perustelut

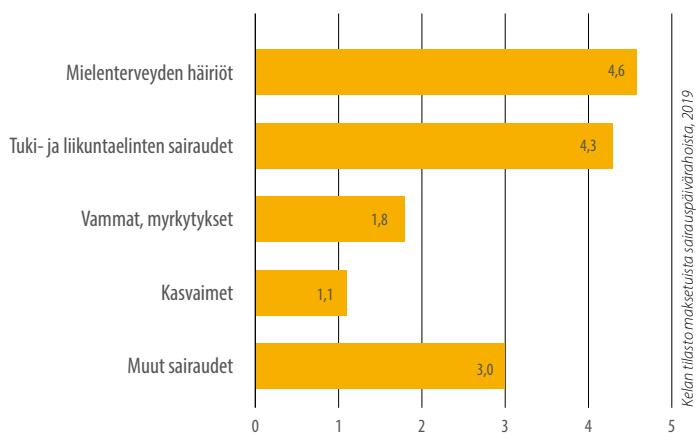
Mielenterveys pääomana viittaa mielenterveyden keskeiseen merkitykseen yksilölle, yhteisölle ja yhteiskunnalle. Hyvä mielenterveys parantaa mahdollisuuksiä hyviin ihmissuhdeisiin ja opinnoissa ja työelämässä onnistumiseen. Työ on keskeinen osa ihmisten hyvinvointia ja useimille tärkeä elämän osa-alue.

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

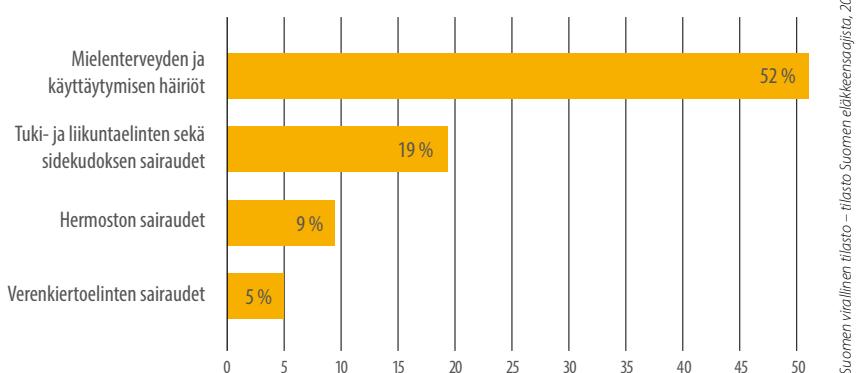
Mielenterveyden edistämällä vahvistetaan niitä voimavarajoja, jotka auttavat rakentamaan toimivaa arkea ja löytämään ratkaisuja elämän kriisitilanteissa ja vatoinkäymisissä. Mielenterveyteen vaikutetaan monilla muilla kuin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimenpiteillä. Mielenterveyden edistämistä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

ympäristön turvallisuus. Ikääntyvät voivat tuoda arvokkaan panoksen yhteisöön. Kunnilla ja kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli mielenterveyttä edistävässä työssä. Mielenterveydestä huolehtiminen ja sen tukeminen kaikilla tasolla on sijitus, joka tuottaa sekä henkistä että aineellista hyvinvointia.

### Maksetut sairauspäivärahapäivät 2018 (milj. päivää)



### Suurimpien työkyvyttömyyden aiheuttaneiden sairausryhmien osuudet kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä



## Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Tunnistetaan, missä ammattiryhmässä, ihmisryhmässä ja yhteisöissä mielenterveysosaamista ja -taitoja erityisesti tarvitaan, ja lisätään osaamista näissä ryhmässä. Ammattiryhmistä tämä koskee sellaisia työtehtäviä, joissa on keskeistä tiivis vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa.
2. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja oppilaitoksissa sekä erilaisin hankkein että opetussuunnitelmia kehittämällä.
3. Lisätään koulutusten ja ohjelmatyön avulla mielenterveysosaamista ja -taitoja työpaikoilla, työelämän muutoskohdissa ja johtamisessa. Henkilöstön työhyvinvointi on organisaatioiden tärkein pääoma, ja mielenterveys on keskeinen osa sitä. Parannetaan keinoja tunnistaa henkilöstön kuormitusta ja työuupumusta. Valmistellaan työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelma.
4. Lisätään koulutusten ja ohjelmatyön avulla mielenterveysosaamista ja -taitoja ikääntyvien palveluissa ja toiminnoissa. Otetaan mukaan mielenterveyden edistämiseen ikäihmisiä, joilla on kokemuksen tuomaa pääomaa.
5. Lisätään yhteisöllistä hyvinvointia asuinalueilla. Lisätään toimia, jotka tähän välttävät yksinäisyden vähentämiseen, yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen. Toiminnassa voi olla mukana esimerkiksi kirjastoja, kouluja, palvelutaloja, alueen asukastointinta, järjestöjä, kulttuurin ja taiteen toimijoita ja sosiaalisen median yhteisöjä. Mielekäs tekeminen ja kokemus osallisuudesta yhteisössä tunnustetaan mielenterveyden osatekijäksi.
6. Tunnistetaan digitalisaatioon liittyvät uudet uhat (esimerkiksi nettikiusaaminen), mutta myös mahdollisuudet (esimerkiksi vertaistuki, sosiaalinen osallisuus). Sosiaalisessa mediassa mielenterveyden edistäminen tarkoittaa muun muassa moneroinnin lisäämistä vahingollisten sisälöjen tunnistamiseksi ja poistamiseksi.
7. Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki mielenterveyttä vahvistavalle kansalais-, vapaaehtois- ja järjestötoiminnalle.
8. Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki kunnille ja muille julkisille toimijoille, jotta ne voivat edistää mielenterveyttä ja vähentää riippuvuuksien ja päihitteiden aiheuttamia haittoja yli hallinnollisten rajojen osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
9. Puututaan aktiivisesti kaikkeen syrjintään ja edistetään yhteisöllisyyttä naapurustoissa ja muissa yhteisöissä osana kunnallista ja maakunnallista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.
10. Käynnistetään tutkimus- ja kehitystoimintaa, jonka tavoitteena on selvittää, miten yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa mielenterveystäytäpidetään huolta.

## 2.2 Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa

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

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

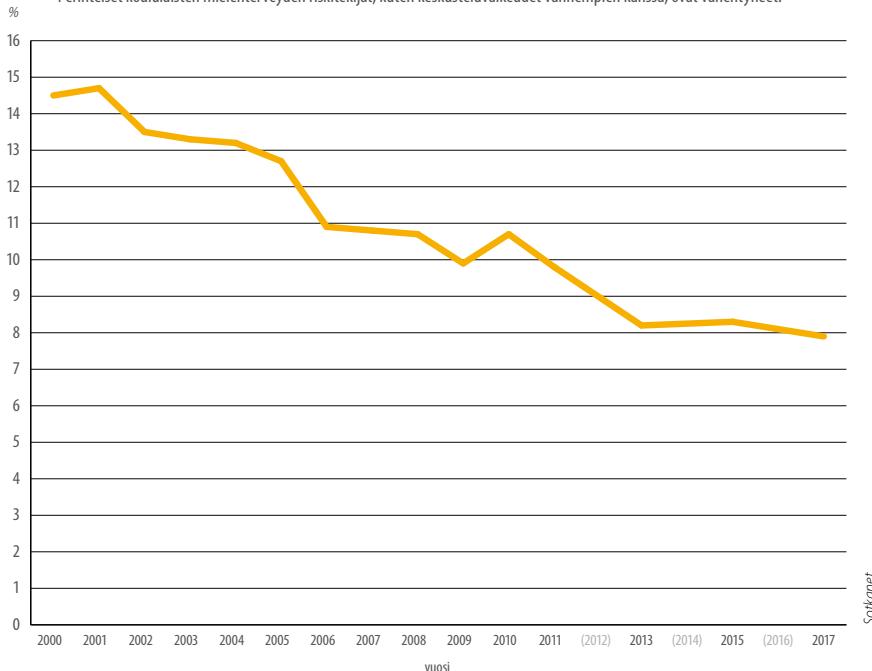
### Linjausen perustelut

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

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

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

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



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

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

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

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

(Takala & Ilva, 2012)

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

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

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

(Korja ym. 2018)

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

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

## Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Luodaan tarvittaessa lainsäädännöllisin keinoin rakenne perheille tarjottavan käytännöllisen avun, lapsiperheköyhyyttä vähentävien toimien, perhe-etuksien ja vanhemmuuden tuen vaikuttavien keinojen kehittämiseksi, käyttöön ottamiseksi, juuruttamiseksi, ylläpitämiseksi ja päävittämiseksi.
2. Lapsen ja nuoren kehitysvaiheen mukaista tukea tuodaan lasten ja nuorten lähiympäristöihin, esimerkiksi varhaiskasvatukseen, koulu- ja opiskelu ympäristöihin sekä neuvoloihin ja muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Erityisesti huomioidaan vähemmistöryhmät, kulttuuriset ja kielessiset ryhmät. Tuetaan molempien vanhempien mielenterveyttä jo raskausaikana ja lisätään tukea parisuhteen ylläpitämiseen.
3. Kasvuikäisten mielenterveystaitojen ja hyvän itsetunnon kehittymistä vahvistetaan lisäämällä tietoa hyvistä käytännöistä, panostamalla mielenterveystaitoja edistävien työtapojen koulutukseen sekä vaikuttamalla toimintakulttuuriin varhaiskasvatuksessa, perusopetuksessa ja toisen asteen koulutuksessa.
4. Kehitetään työelämää perheystävällisemmäksi. Esimerkiksi alle kouluikäisten lasten perheet ja lähipiiri tarvitsevat nykyistä monipuolisempia joustomahdolisuuskisia ja alle 12-vuotiaiden koululaisten iltapäivien turvaamista tulisi tukea joustoin.
5. Luodaan rakenteet laajalle yhteistyölle eri hallinnonalojen, järjestöjen ja kansalaisten välille, jotta saavutetaan yhteinen pohja ja yhteisesti hyväksyttyt arvot lasten ja nuorten hyvää mielenterveyttä tukevalle kasvulle. Tunnistetaan yhteistyöhön tarvittavat osatekijät ja sovitaan yhteistyömallista, kuten on toimittu esimerkiksi ehkäisevässä päihdetyössä hyödynnetystä paikallisen alkoholipoliikan mallissa.
6. Taataan lapsille ja nuorille monipuoliset mahdolisuudet harrastaa kiinnostuksensa mukaisesti, tarvittaessa säädöksin ja velvoittavin laatu kriteerein.
7. Tuetaan suunnitelmallisesti lasten ja nuorten myönteistä liittymistä ikätoveriryhmiin ja suojataan heitä kielteisiltä ikätoverien välisiltä ilmiöiltä, kuten kiusaamiselta, päihteiltä ja muulta riskikäytäytymiseltä, myös sosialisessa mediassa. Tuetaan lasten ja perheiden osaamista digitaalisessa ympäristössä. Ehkäistään syrjäytymistä ja tuetaan nuorta elämän muutoskohdissa, kuten koulu- ja opiskelu ympäristön vaihtuessa, koulutusvalinnoissa ja työelämäsiirtymissä.
8. Varmistetaan neuvoloiden, oppilas- ja opiskeluhuollon sekä muiden lasten ja nuorten perustason palveluiden mielenterveystyön riittävät voimavarat ja ammattiryhmien välinen koordinoitu yhteistyö. Ehkäisevän työn lisäksi niissä olisi oltava tarjolla kriisitilanteissa tarpeellisia lyhyitä interventioita.

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

## 2.3 Mielenterveysoikeudet

Mielenterveysoikeuksien toteutuminen suojaa kaikkien mielenterveyttä.	• oikeus vaikuttaa kansalaisena, päättöksenteon osapuolen, vertaistoimijana ja kokemusasiantuntijana,
Mielenterveyspalveluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota mielenterveysoikeuksien toteutumiseen.	• oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon silloin, kun se on tarpeen,
Mielenterveysoikeuksiin kuuluvat	• oikeus ja mahdollisuus käyttää kansalliskielii ja muita Suomessa puhuttuja kielitä sekä saada riittävä tulkkaus- ja käänösapu mielenterveyspalveluissa.
<ul style="list-style-type: none"><li>hyväksytyksi tuleminen ja syrjimätömyys,</li><li>ihmisarvon ja perus- ja ihmisoikeuksien kunnioitus,</li><li>yhdenvertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen,</li><li>oikeus määritellä itse ne asiat, jotka auttavat selviytymään arjessa, ja saada siihen tarvittava tuki,</li></ul>	Mielenterveysoikeuksien saavuttamiseksi tarvitaan työtä ennakkoluulojen, virheellisten käsitysten ja vastakkainasettelun voittamiseksi.

### Linjauksen perustelut

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

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

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

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

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

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

(Westman ym. 2015)

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

(Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti, 2018)

### **Mielenterveysbarometri**

**23 %** ei haluaisi naapurikseen

mielenterveyskuntoutuja, **62 %** ei haluaisi naapurikseen alkoholistia ja **81 %** ei haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää.

Mielenterveyden häiriötä itse kokeneista **47 %** on sitä miltä, että psykkisen sairauden vuoksi joutuu leimatuksi.

Mielenterveysalan ammattilaisista **60 %** on sitä miltä, että psykkisen sairauden vuoksi joutuu leimatuksi.

(Mielenterveysbarometri, 2019)

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

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

## Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Itsemääräämisoikeutta koskevaa lainsäädäntöä uudistetaan sellaiseksi, että se vahvistaa psyykkisiä sairauksia sairastavien itsemääräämisoikeuden toteutumista palveluissa.
2. Käynnistetään mielenterveyden häiriöihin ja päihdehäiriöihin liittyvän syrjinnän ja leimautumisen vastainen valtakunnallinen ohjelma. Toteutetaan palveluissa syrjinnän vastainen ja kielellisten oikeuksien turvaamisen kehittämis- ja valvontaojelma.
3. Syrjinnän ilmiötä seurataan osana tutkimustyötä ja osana sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laatujärjestelmiä, ja syrjiviä toimia sanktioidaan.
4. Ajantasaistetaan mielenterveyskuntoutujien ja päihdekuntoutujien asumisen ja muiden tukipalveluiden laatuksiteerit ja perustetaan niitä seuraava laaturekisteri.
5. Jatketaan pakon käytön vähentämisen ohjelmaa tahdosta riippumatonta hoitoa toteuttavissa sairaaloissa ja vakiinnutetaan pakon käytön vähentämisen verkon toiminta.
6. Määritellään toimenpiteet sen turvaamiseksi, että mielenterveyden häiriötä ja päihdehäiriötä sairastavilla on oikeus osallistua opintoihin ja työhön opiskelu- ja työkykynsä puitteissa. Laajennetaan ja vakiinnutetaan koulutus- ja työelämävalmiuksia vahvistavien ja työelämäosallisuutta lisäävien toimintamallien käyttöä.
7. Suunnitellaan toimenpiteet köyhyyden ja eriarvoisuuden vaikutusten vähentämiseksi yksilöiden ja perheiden mielenterveytä heikentävinä tekijöinä.
8. Ryhdytään toimiin epäpätevä ja vahingollista toimintaa vastaan uskomus- ja vaihtoehtoitoja koskevan lainsäädännön avulla.

## 2.4 Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut

Palvelut vastaavat ihmisten tarpeita, kun varmistetaan, että

- ne ovat asiakaslähtöisiä, ikä- ja kehitysvaiheeseen sopivia ja käyttäjät kokevat ne itselleen soveltuiksi,
- ne ovat saavutettavia, oikea-aikaisia, laadukkaita ja vaikuttavia,
- ne ovat joustavia, yhteen sovitettavia ja jatkuvuutta tukevia,
- ne edistäävät kuntoutumista,
- ne noudattavat yhdenvertaisuusperiaatetta; palvelujen suunnittelussa otetaan erityisesti huomioon ryhmät, jotka muuten olisivat vaarassa jääädä eriarvoiseen asemaan,
- ne ottavat huomioon omaiset ja läheiset sekä voimavarana että tuen tarvitsijoina,
- henkilöstön ammattitaitoa ja työhyvinvointia pidetään yllä,
- vakavia psykkisiä sairauksia ja pähihdehäiriöitä sairastavien ihmisten fyysisen terveyden hoito toteutuu yhdenvertaisesti muun väestön kanssa.

### Linjauksen perustelut

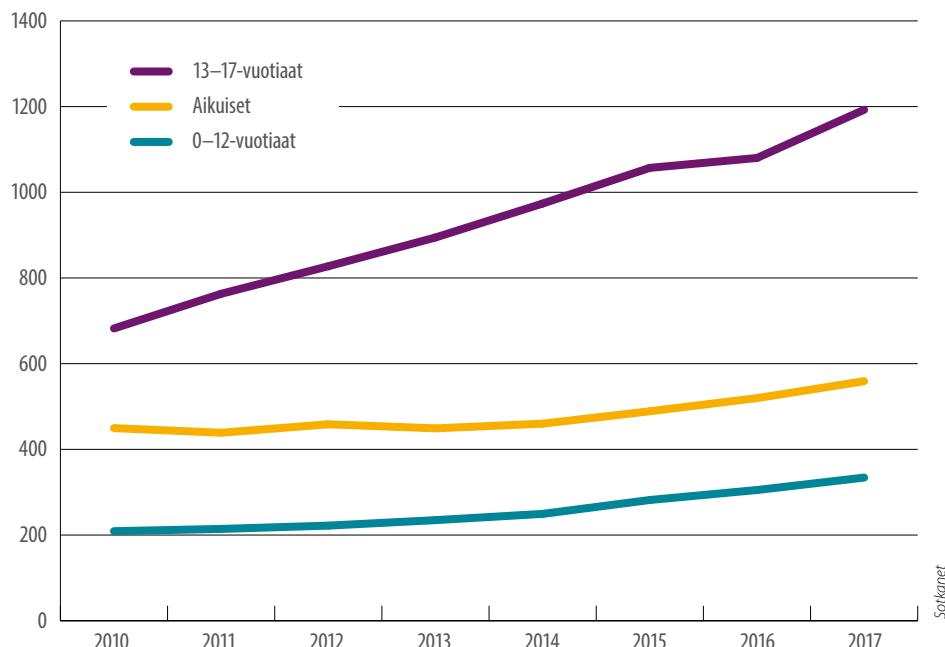
Psykkisten sairauksien hoito on viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt vuosittain. Kuitenkin psykiatriseen hoitoon pääsyn kynnystä on moitittu korkeaksi. Alueelliset erot oikea-aikaisessa hoitoon pääsyssä ja monipuolisten avohoitolpalveluiden saatavuudessa ovat olleet suuret. Hoitotakuun mukaisia hoitoonpääsyäkoja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

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

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

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

### Mielenterveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000:ta vastaavan ikäistä kohden



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

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

(Pentala-Nikulainen ym. 2018)

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

(Kasteenpohja ym. 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja koko palvelujärjestelmän pitää pystyä reagoimaan tarpeiden kirjoon, aina varhaisesta vaiheesta vaikeisiin, äkillisiin ja moniongelmaisiin tilanteisiin asti. Psykkisiä häiriöitä sairastavilla on muuta väestöä enemmän saman-aikaisia muita sairausja ja avun ja tuen tarvetta varsinkin, jos sairaus on vaikeasteinen. He saavat puutteellisesti somaattista sairaanhoitoa, sosiaalihuollon palveluja sekä asumisen ja työllistymisen palveluja. Vakaviin riippuvuuksiin liittyy erityistä huomiota vaativaa sosialistien ongelmien kasautumista. Psykkiset sairaudet heikentävät yksilön kykyä hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan, jolloin palveluita on muokattava monimuotoisiksi ja helpoiksi saavuttaa. Saavutettavuus voi toteutua myös digitaalisten palvelujen avulla, erityisesti pitkien välimatkojen alueilla. Palvelujen helppo saavutettavuus, asiakaslähtöisyys ja laadukkuus ovat tärkeitä myös mielenterveyden häiriöihin ja varsinkin pähderiippuvuuksiin liitetyn leiman vuoksi. Palvelut eivät toteudu, jos niitä ei tarjota tai käytetä väärien käsitysten, syrjivien asenteiden tai palvelunkäyttäjän itsensä sisäistämän häpeäleiman vuoksi.

Mielenterveyden häiriöiden ja pähdehäiriöiden samanaikaisuus on suhteellisen yleistä. Esimerkiksi noin **10–30 %**:lla masennusta sairastavista on pähdehäiriö.

(Kessler ym. 1996; Melartin ym. 2002)

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

(Kuussaari & Hirschovits-Gerz, 2016)

Yhtäaikainen somaattinen ja psyykkinen sairastaminen on yleistä. Perusterveydenhuollon potilaista ja sairaalojen somaattisista potilaista **20–40 %**:lla on mielenterveyden häiriötä.

(Räsänen ym. 2019)

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

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

(Sotkanet, 2018)

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

(Hakulinen ym. 2019)

***Esimerkkejä ryhmistä, joissa mielenterveyden häiriöt ovat muita yleisempiä:***

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

(Stenius-Ayoade, 2019)

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

(Joukamaa ym. 2010)

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

(Aaltonen ym. 2015)

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

(Skogberg ym. 2019)

**Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi**

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

tettavaa hoitoa. Lisätään palvelujen yhteensovittamista konkreettisilla yhteistyömuodoilla perustason toimijoiden kesken sekä perus- ja erityistason välillä.

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

## 2.5 Hyvä mielenterveysjohtaminen

Mielenterveyden huomioiminen sisältyy kaikkeen johtamiseen.

Mielenterveystyötä ohjataan ja johdetaan suunnitelmallisesti kokonaisuutena ylittäen hallinnolliset rajat.

- Johtaminen sopeuttaa organisaatiot ja niiden toiminnot mielenterveyteen vaikuttaviin ajankohtaisiin ilmiöihin ja talouden realiteeteihin sekä valmistelee ne kohtaamaan tulevaisuuden haasteet.

- Johtamisessa tukeudutaan ajantasaiseen tietoon ja teknologiaan.
- Varmistetaan ajankohtaisen ja ennakkoivan tutkimustiedon saatavuus.
- Johtamisessa käytetään parhaiten soveltuavia indikaattoreita ja niitä seurataan.
- Mielenterveysstrategian toteuttamista arviodaan säännöllisesti ja sen toimenpide-ehdotuksia painotetaan ja muotoillaan uudestaan tarpeen mukaan.

### Linjauksen perustelut

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

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

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

laajemmin, rakennetaan kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Tähän perustuu Mielenterveys kaikissa politiikoissa -lähestymistapa, joka korostaa mielenterveyden merkitystä osana terveyden kokonaisuutta. Se ottaa systemaattisesti huomioon mielenterveysvaikutukset osana kaikkien sektorien päätöksentekoa, etsii yhteisiä etuja ja pyrkii välttämään haitallisia mielenterveysvaikutuksia. Mielenterveysvaikutusten ennakkorvointi osana ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakkorvointia on yksi keino ottaa mielenterveys huomioon päätöksenteossa eri hallinnonaloilla ja kaikilla päätöksenteon tasoilla.

Valtakunnan tasolla hyvä mielenterveysjohtaminen tarkoittaa mielenterveyteen liittyvän lainsäädännön, ohjauksen ja laadunvalvonnan pitämistä ajan tasalla aina uusimpaan tietoon ja ymmärrykseen nojaten. Hyvä mielenterveysjohtaminen tarkoittaa myös mielenterveysstrategian toimeenpanoa ja tulosten seurantaa.

Ilman hyvinvoivia ja terveitä asukkaita ei kunta tai maakunta voi hyvin. Pitkäjänteinen mielenterveyden edistäminen edellyttää päämäärätietoista, tavoitteellista, vaikuttaviin interventioihin ja tutkittuun tietoon perustuvalle sekä riittävän hyvin resursoitua työtä. Tieto asukkaiden hyvinvoinnista ja mielenterveydestä sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata hyvinvointihäasteisiin toimii organisaation strategiatyön pohjana.

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

Ajantunteva tiedolla johtaminen ja digitalisaation eri muotojen hyödyntäminen ovat osa hyvää mielenterveysjohtamista. Tietopohjan ja tietovarantojen käytettävyyden kehittäminen ja teknologian aiempaa tehokkaampi hyödyntäminen parantavat hyvän mielenterveysjohtamisen edellytyksiä.

## Ehdotukset linjauksen tavoitteiden saavuttamiseksi

1. Vahvistetaan mielenterveystyön huomioon ottamista eri hallinnonalojen ja järjestöjen yhteistyörakenteissa, valtioneuvostossa ja valtionhallinnossa, maakunnissa ja kunnissa. Sovitaan yhteistyön johtamiskäytännöistä.
2. Sovitaan mittareista, indikaattoreista ja työkaluista yhteiskunnallisten päätösten mielenterveysvaikutusten arvioimiseksi.
3. Perustetaan vaikuttavan mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön työkalujen digitaalinen tietovaranto.
4. Tehostetaan mielenterveystyön johtamisen ja arvioinnin koulutusta osana johtamisen ja arvioinnin koulutuskokonaisuuksia.
5. Eri sektoreiden palvelujen kokonaisuutta ja yhteistoiminnallisuutta korostava vastuunjako kirjoitetaan selkeiksi toimintamalleiksi niin, että tarvittavat voimavarat, kustannusvastut ja kompenсаatiomekanismit samalla todetaan. Laaditaan eri hallinnonalojen välille yhteistoiminnolle mallit, joissa kuvataan toimijoiden roolit, kustannusten jakautuminen ja toimintojen johtaminen.
6. Kehitetään tietopohjaa ja tietovarantojen käytettävyyttä niin, että palvelujen todellista tarvetta voitaisiin paremmin arvioida sen sijaan, että seurataan ja arvioidaan niiden käyttöä. Lähtökohdaksi tarvitaan tietoa psyykkisten oireiden, eri häiriöiden sekä häiriöille altistavien tekijöiden esiintyvyydestä koko väestössä, alueellisesti ja erityisryhmissä. Tutkimus- ja rekisteritieto palvelujen kustannuksista, laadusta ja tuloksista parantaa palvelujen sisällöllistä ohjausta. Tiedon keräämisessä hyödynnetään toimintaa ohjaavia laaturekistereitä. Palvelujen riittävyyden arviointiin kehitetään havainnointityökalut. Lasten ja nuorten ja ikääntyvien mielenterveyden häiriöiden ilmaantuvuudesta ja esiintyvyydestä johtuvat erillis-tarpeet tunnistetaan näiden väestöryhmien palvelujen suunnittelussa ja mitoituksessa.
7. Vaikuttavuus ja sen arvointi ohjaavat palvelujärjestelmän toiminnan kehittämistä ja tarkoituksenmukaisten toimenpiteiden valintaa.
8. Strategisen tutkimuksen neuvosto muodostaa ehdotuksen mielenterveysstrategian toimeenpanoa tukevasta tutkimusohjelmasta.
9. Nyt täytäntöön pantavan mielenterveysstrategian toteutumista seurataan erikseen koottavan mittariston avulla.

## 3 Toimenpiteet, seuranta ja kustannukset

### 3.1 Vuosille 2020–2022 suunnitellut toimenpiteet

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

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

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

2020–2022 on tarkoitus kokeilla alueellisesti tutkimusnäytöön perustuvaa mielenterveyskuntoutujien tuetun työllistymisen toimintamallia (IPS), jossa kuntoutus ja työhönvalmennus toteutuvat hoidon sisällä. Tarkoituksesta on mallin käyttöönotto Suomessa pilotointien kautta.

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

## 3.2 Seuranta ja ehdotukset mittareiksi

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

**Taulukko 1. Ehdotukset seurantamittareiksi**

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Mielenterveys pääomana	Mielen hyvinvointi	Positiivinen mielenterveys: Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS). Keskiarvo eri ikäryhmissä: 4. ja 5. luokan oppilaat; 8. ja 9. luokan oppilaat; ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat; lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat; 20–64-vuotiaat; 65 vuotta täyttäneet; 75 vuotta täyttäneet	FinSote, Kouluterveyskysely (mittarin keskiarvo eri ikäryhmissä)	Lisätietoa mittarista: Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016  Mittari soveltuu myös painopisteen "Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa" seurantaan.
	Yksinäisyys eri ikäryhmissä	Tuntee itsensä yksinäiseksi (%), 4. ja 5 luokan oppilaat	Sotkanet 4816	Mielenterveyden taustatekijä
		Tuntee itsensä yksinäiseksi (%), 8. ja 9. luokan oppilaat	Sotkanet 4712, KUVA	
		Tuntee itsensä yksinäiseksi (%), ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 4713	Mittari soveltuu myös painopisteen "Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa" seurantaan.
		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)	Lisätietoa mittarista: Schaufeli ym. 2019
	Psyykkinen hyvinvointi työssä	Työn imu	Työolotutkimus (Tilastokeskus), Työolobarometri (TEM)	Lisätietoa mittarista: Schaufeli ym. 2019

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa	Nuorten psykkinen oireilu	Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), 8. ja 9. luokan oppilaat  Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat  Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus (%), lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 328; KUVA  Sotkanet 346  Sotkanet 337	Kouluterveyskyselyn indikaattori, joka perustuu GAD 7 -mittariin  Lisätietoa mittarista: Spitzer ym. 2006
	Nuorten pääiteiden ja tupakkatuotteiden käyttö ja rahapelaaminen	Huolta herättäävä päähteiden tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) 8. ja 9. luokan oppilaat  Huolta herättäävä päähteiden tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat  Huolta herättäävä päähteiden tai tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä tai rahapelaamista (%) ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 5362  Sotkanet 5363  Sotkanet 5364	Kouluterveyskysely  Yhdistelmäindikaattori antaa yleiskuvan eri koulutasoilla olevien nuorten pähde- tai muuhun riippuvuusongelmaan liittyvää riskikäytäymisestä. Yhdistelmäindikaattorissa mukana olevista riskikäytäymisistä eri muodoista on Sotkanetissä myös eriteltty indikaattorit.
	Pienituloisista kotitalouksista olevat alle 18-vuotiaat	Lasten pienituloisuusaste	Sotkanet 228; KUVA	Mielenterveyden taustatekijä
	Vakava koulukusaaminen	Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%), 4. ja 5. luokan oppilaat  Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) 8. ja 9. luokan oppilaat  Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) ammatillisen oppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat  Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%) lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijat	Sotkanet 4834  Sotkanet 1514; KUVA  Sotkanet 3928  Sotkanet 3913	Mielenterveyden taustatekijä  Perustuu kouluterveyskyselyn kysymykseen
	Epävakaa kasvuumpäristö	Toistuvasti sijoitetut 0–17-vuotiaat lapset / 10 000 vastaanankäistä	Sotkanet 1079; KUVA	Mielenterveyden taustatekijä

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Mielenterveys-oikeudet	Pakon käyttö psykiatrisessa sairaalahoidossa	Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa (% psykiatrian laitoshoidon potilaista)	Sotkanet 3205	
	Osallistuminen työelämään	Osallistuminen työelämään (palkkatyön-/ansion osuus kaikista tuloista) niillä, joilla on dokumentoitu mielenterveyden ongelmia (avohoitio, sairaalajaksot, sairaslomat, lääkeostot)	Työkyvyn tila Suomessa; Psyykkinen haavoittuvuus Suomessa, TTL	Mittaa myös sote-järjestelmän ulkopuolisen yhteiskunnan toimivuutta (työmarkkinat). Muodostetaan rekisteriaineistoista yhdistelemällä Mielenterveysstrategian seurantaan varten.
	Kokemus syrjinnästä	Kokemus leimaautumisesta sairauden vuoksi (%)  Niiden suomalaisen osuus, jotka eivät haluaisi naapurikseen huumeiden käyttäjää (%) alkoholistia (%) mielenterveyskuntoutujaa (%)  Niiden suomalaisen osuus, joista mielenterveysongelmia kokeneita henkilöitä on epämukavaa ja pelottavaa kohdata (%)	Mielenterveysbarometri	Kerätään sekä mielenterveydestä että pääteistä.
	Syrjinnän vastainen ohjelma palveluorganisaatiossa	Onko organisaatiossa syrjinnän vastainen ohjelma? Onko ohjelma sisällytetty organisaation laatuohjelmaan?		Uusi kehitettävä mittari, mahdollisesti toteutettava erilliskyselynä
	Skitsofrenia-potilaiden ylikuolleisuus	KUVA: **Mittari valmistuu vuosina 2020–2023	KUVA	Hoitoilmoitusrekisterin ja kuolemansyytilaston tietojen pohjalta kehitettävä indikaattori

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut	Terveyskeskusten mielenterveystyön vahvistuminen	Terveyskeskusten johtajayliläkäreiden kyselyyn sisällytettiäviä kysymyksiä mielenterveys- ja pähdeasioista täydennyskoulutuksessa, yhteistyömallieista psykiatrian ja pähdeyksiköiden kanssa ja niiden toimivuudesta sekä hoitoketujen toimivuudesta	Terveyskeskusten johtajayliläkäreiden kysely	Uusi kehitettävä mittari  Mittari soveltuu myös painopisteen "Hyvä mielenterveysjohtaminen" seurantaan.
	Asiakaskokemus	Kehittävä	Palvelujärjestelmän asiakkailta kerättävä tieto asiakaskokemuksista	Osana mielenterveys-strategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari  Mittari soveltuu myös painopisteen "Mielenterveys-oikeudet" seurantaan.
	Hoitoketjun toimivuus sairaalahoidon jälkeen	Ensimmäinen avohoitokäynti viikon sisällä psykiatrista sairaalasta uloskirjoituksesta (%-osuus)	Hoitoilmoitusrekisteri	Osana mielenterveys-strategian toimeenpanoa kehitettävä kansallinen mittari  Mittari soveltuu myös painopisteen "Mielenterveysoikeudet" seurantaan.
	Hoitoon ohjaaminen potilaan tahdosta riippumatta	Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 18 vuotta täyttäneet / 1 000 vastaanikäistä  Tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä siirtyneet 0–17-vuotiaat / 1 000 vastaanikäistä	Sotkanet 3083; KUVA  Sotkanet 3058; KUVA	Tieto sisältää potilaat, jotka joko saapuivat tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon tarkkailulähetteellä (lomakkeella M1) tai jotka siirrettiin toisesta sairaalasta tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon aikana.  Mittari kuvailee vapaaehtoisen palvelujärjestelmän toimivuutta.  Mittari soveltuu myös painopisteen "Mielenterveys-oikeudet" seurantaan.
	Sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset erot tupakoineissa ja alkololin käytössä	Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%)  Päivittäin tupakoivien osuus (%)	Finsote; terveytemme.fi	Finsote-kysely; sukupuoli- ja koulutusryhmittäiset tulokset julkaistaan terveytemme.fi-portaalissa

Painopiste	Teema	Mittari	Tietolähde	Lisätietoja
Hyvä mielen-terveys-johtaminen				Mittareiden lisäksi voidaan harkita myös arvointimenettelyä.
	Päästöten mielenterveysvaikutusten arvointi	Kehittävä	Ehdotetaan lisättäväksi TEA-viisariin	Uusi ehdotus mittariksi
	Palvelut ja tarve	Palvelujen määrä suhteessa väestön tarpeeseen		Uusi ehdotus kehitettäväksi kansalliseksi mittariksi, edellyttää tietopohjan täydentämistä
	Palvelujen peittävyys	Itsemurha-ajatuksia ilmoittaneiden mielenterveyspalvelujen käyttö (%)	Finsote; terveytemme.fi	Mittari perustuu Finsotetutkimuksessa oleviin kysymyksiin itsemurha-ajatuksista sekä mielenterveyspalvelujen käytöstä.  Mittari soveltuu myös painopisteen "Mielenterveys-oikeudet" seurantaan.
	Hallintorajat ylittävä verkostojen johtaminen	Mikä taho kunnassa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmänä? Minkä sektoreiden edustajia kuuluu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmään?	TEA-viisari	
	Työntekijöiden työhyvinvoindi	Työhyvinvoindi	Sote-alan henkilöstön psykkinen hyvinvoindi	Lisätietoa mittarista: Karasek, 1979; 1990

### 3.3 Taloudelliset vaikutukset ja kustannukset

Mielenterveyden häiriöistä aiheutuva sairastaakka johtuu suurimmaksi osaksi työ- ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Häiriöihin sairastutaan tyypillisesti nuorena, jolloin ne voivat heikentää sairastuneen koulutusta, työllistymistä ja sosialista verkkosatoa. Tämä näkyy mielenterveyden häiriöiden suurina epäsuorina kustannuksina.

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

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

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

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

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

(OECD/EU, 2018)

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

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

**Taulukko 2. Esimerkkejä mielenterveysstrategian linjausten mukaisten toimenpiteiden kustannuksista**

Toimenpide	Kuvaus	Kohderyhmät	Arviodut kustannukset
Mielenterveyden edistämisen koulutushankkeet	Ryhmäohjaajien kouluttaminen toteuttamaan valmennusta eri kohde-ryhmille	Eri ikäinen väestö ja eri väestöryhmät, eri ammattiryhmät	Ohjaajan koulutus noin 1500 euroa/henkilö
Ehkäisevät ja hoitavat interventiot sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja siihen liittyvässä palvelujärjestelmään, esimerkiksi koulu- ympäristössä	Interventojen käyttöön-ottoon, koordinoinnin ja menetelmäosaamisen ylläpidon järjestäminen  Lyhytpsykoterapioiden saatavuuden lisääminen	Sosiaali- ja terveyden-huollon ja siihen liittyvän palvelujärjestelmän asiakkaat	Yhden intervention kustannukset noin 500–2000 euroa/henkilö.  Interventojen ylläpitorakenteen kustannukset: osaamiskeskus noin 500 000 euroa/vuosi  Lyhytpsykoterapijan kustannukset 700–2200 euroa/psykoterapijakso
Edistävän ja ehkäisevän työn digitaalinen tietovaranto	Näyttöön perustuvien menetelmien kokoaminen tietovarannoksi	Kunnat	120 000–200 000 euroa/vuosi (perustamisvaiheessa 200 000 euroa/vuosi)
Kohdennetut ohjelmat sosiaali- ja terveyden-huollossa, muussa palvelujärjestelmässä tai muualla yhteiskunnassa	Ohjelmatyö: tiedonkeruu, kohderyhmien valinta ja viestien muotoilu kohderyhmittäin, tiedon lisääminen kohderyhmissä, työn vakiinnuttaminen kohderyhmiin normaalitoimintaan, tulosten seuranta. Esimerkiksi syrjinnän vastaiset ohjelmat, kehittämishojelmat fyysisen terveyden parantamiseksi, stigman vastaiset ohjelmat	Kunnat, yhteisöt ja koko yhteiskunta	Ohjelman mallintaminen ja ylläpitäminen, esimerkiksi 200 000 euroa/vuosi ja hankerahoitusta 500 000 euroa/vuosi.

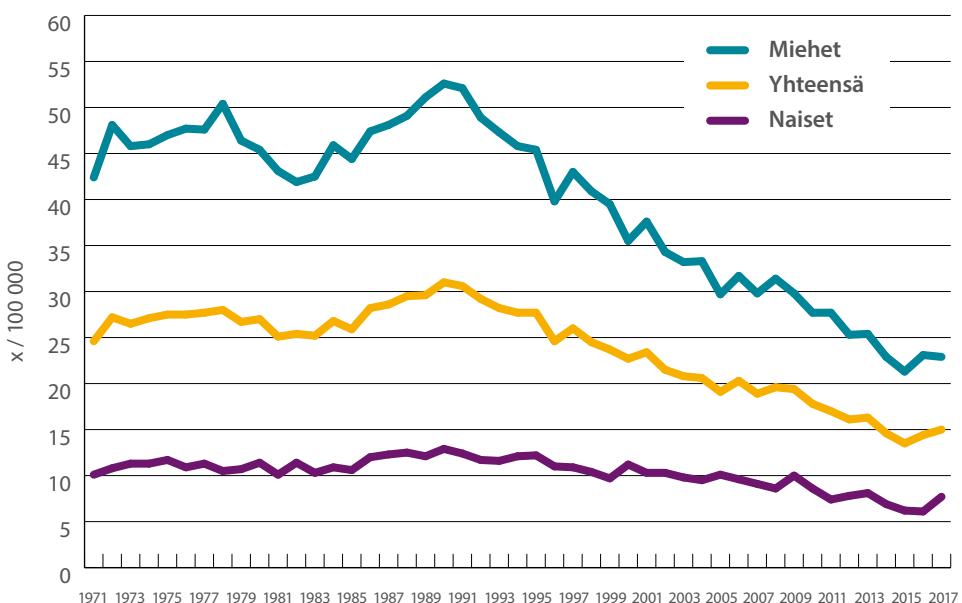
## 4 Itsemurhien ehkäisyohjelma

Itsemurhien ehkäisy vaatii tehostamista ja lisää uusia keinoja.

- Itsemurhaa yrittäneitä kohtaavien asenteet ovat muokattavissa sellaisiksi, että itsemurhaa yrittäneitä ei syyllistetä tai pidetä huomionhakuisina.
- Itsemurhakeinojen ja itsemurhavälineiden saatavuutta on ehkäistävä.
- Matalan kynnyksen kriisipalveluita tulee olla saatavilla kaikkialla Suomessa, ja niistä tulee tiedottaa siten, että jokainen Suomessa asuva tietää, missä tällaiset palvelut omalla alueella sijaitsevat ja miten ne ovat tavoitettavissa.
- Hoitoon pääsyä helpotetaan ja nopeutetaan priorisoimalla paitsi itsemurhavarassa olevan henkilön hoito, myös huomioimalla ja antamalla tukea itsemurhaan kuolleen läheisille; varhainen tuki vaikeissa elämäntilanteissa ja kriiseissä ehkäisee ongelmien pahanemista ja voi estää myös itsemurhia.
- Päihdyneiden tai päihde- ja riippuvuusongelmista kärsivien itsemurhavaaran vakavuutta arvioidaan kuten muillakin itsemurhavarassa olevilla.
- Median osaaminen itsemurhaviesinnässä voi edistää itsemurhien ehkäisyä; myönteiset tarinat selviytymisistä auttavat löytämään apua vaikeissa tilanteissa.
- EU-lainsäädännän kehittäminen taavitteena itsemurhiin rohkaisevan sisällön rajaaminen sosiaalisessa mediassa, videoissa, televisiosarjoissa ja elokuvissa.
- Ajankohtaista tilastotietoa tarvitaan eri ikäryhmistä ja riskiryhmistä itsemurhien, itsemurhayrityksien, hoitoon pääsyn ja hoidon laadun sekä varhaisen tuen tarjonnan osalta.

Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu vuodesta 1751 asti. Itsemurhakuolleisuus on puolittunut vuoden 1990 jälkeen (kuva 1). Myönteinen käänne tapahtui valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektiin (1986–1996) aikana (Tilastokeskus, 2017; Upanne ym. 1999; Hakanen ym. 1999). Siinä havaittiin, että itsemurhaan kuolleista useimmissa (88 %) oli samanaikaissairauksia. Niistä yleisimmät ovat depressio (59 %), jokin merkittävä fyysinen sairaus (46 %), pähdehäiriö (43 %) ja jokin persoonallisuushäiriö (31 %) (Henriksson ym. 1993).

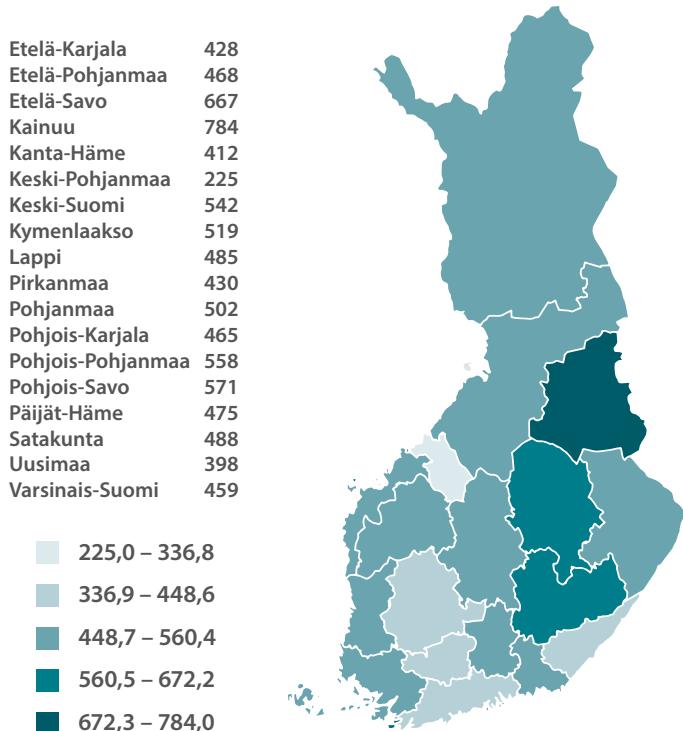
**Kuvio 1. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1971–2017.** Itsemurhakuolleisuus esitetään koko väestölle ikävakioituna itsemurhaan kuolleiden lukumääränä 100 000 henkeä kohden. Ikävakiointi on tehty Tilastokeskuksessa suoralla ikävakioinnilla käyttäen painoina Eurostatin Euroopan standardiväestön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



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

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

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



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

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

## Perustelut ohjelman tarpeelle

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

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

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

## Ehdotukset ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi

### Asenteisiin vaikuttaminen

Yhteiskunnallista keskustelua itsemurha-ajatuksista ja itsemurhista lisätään, jotta itsemurhavaarassa olevat saisivat tarpeenmukaisen avun ja tasavertaiset palvelut. Tavoitteena on samalla tukea yhteisöllisyyttä ja ihmisten yhteistä vastuuta toisiaan. Jokainen voi auttaa itsemurhavaarassa olevaa syyllistämättä ja ihmillisesti. Tämä edellyttää paitsi mielenterveyshäiriöihin myös päähtymykseen tai pähde- ja riippuvuuusongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden käsitteilyä, koska huomatavalla osalla itsemurhaan kuolleista on ollut mielenterveyshäiriö tai pähdeongelma tai molemmat. Avainryhmät tässä ovat terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi nuorisotyöntekijät, valmentajat, kuraattorit, sosiaalityöntekijät, vastaanottokeskuksissa ja seurakunnissa työskentelevät, vartijat, poliisit, velkaneuvovat, ulosottomiehet, ensihoitajat, pelastajat, vanginvartijat, toimittajat, työnjohtajat ja niin edelleen.

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

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

### Itsemurhakeinoihin vaikuttaminen

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

**Toimenpide 3:** Huomioidaan itsemurhavaara liikenneturvallisuustyössä.

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

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

**Toimenpide 6:** Kehitetään säätelyä, joka koskee myrkkyjen saatavuutta ja säilytystä.

**Toimenpide 7:** Kehitetään lääkkeiden saatavuuden, kotisäilytyksen ja reseptikäytäntöjen säätelyä; riskitekijöistä huomioidaan etenkin pähdeongelmat.

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

### **Varhaistuen tarjoaminen**

Niitä ihmisiä, joilla on kasautuvia taloudellisen, sosiaalisen ja ihmillisessä osallisuuden kokemuksia ja voimavarojen ehtymistä, on autettava paremmin. Monia itsemurhan suhteeseen riskiryhmiin kuuluvia tavoitetaan parhaiten kasvokkain.

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

**Toimenpide 10:** Perustetaan verkossa ympäri vuorokautisesti saatavilla oleva keskustelutukitoimi, johon sosiaalisen median alustoista vastaavat tahot velvoittaa ohjaamaan itsemurhavaarassa olevat asiakkaansa.

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

### **Riskiryhmien tukeminen**

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

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

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

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

**Toimenpide 15:** Lisätään vaikuttaviksi osoitettujen itsemurhien ehkäisymenetelmien käyttöä nuorisotyössä.

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

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

**Toimenpide 18:** Järjestetään vanhuspalveluissa yksinäisyyden ehkäisemiseksi esitteettömiä ympäristöjä ja uudenlaisia, yhteisöllisempia asumismuotoja sekä verkko- ja puhelinperusteista tukea täydentämään kasvotusten tapahtuvaa yhteydenpitoa.

## Hoidon kehittäminen

Hoidon järjestämisessä varmistetaan, että näytöön perustuvia hoitoja on tarjolla riittävästi ja että niihin pääsee nopeasti. Hoitohenkilöstön osaamista vahvistetaan siten, että hoitohenkilöstöllä on korkeatasoinen osaaminen ja yhteiset, näytöön perustuvat toimintamallit itsemurhavaaran puheeksi otossa ja arvioinnissa sekä itsemurhien ehkäisyssä ja riittävä tuki muun muassa konsultaatioiden ja työnohjauksen muodossa. Avainryhmät tässä ovat ensihoidon henkilöstö ja

päivystysvastaanotoilla työtään tekevät. Myös yleislääkärit ja työterveyslääkärit ovat avainasemassa, jotta henkilön itsemurhavaara osataan tunnistaa.

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

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

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

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

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

**Toimenpide 24:** Mahdollistetaan johtamisjärjestelmän tuki laadukkaalle ja ihmisielle hoitokulttuurille.

### **Mediaosaamisen lisääminen**

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

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

**Toimenpide 26:** Asetetaan sosiaalisen median alustoista vastaan tahoille velvoite valvontatoimiin, joihin sisältyy velvollisuus tunnistaa itsemurhiin rohkaiseva sisältö ja itsemurhaan viittaavat viestit sekä luoda ohjausjärjestelmä itsemurhaavaassa oleville.

### Tietoperusteisuuden ja tutkimuksen vahvistaminen

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

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

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

**Toimenpide 29:** Rahoitetaan tutkimusta uusista digitaalisista keinoista itsemurhien ehkäisemiseksi.

**Toimenpide 30:** Ulotetaan ”psykologisen ruumiinnavauksen” menetelmät sisältävä onnettamuustutkinta myös itsemurhiin, aluksi nuorten ja lopulta kaikkiin itsemurhiin, jotka ovat tapahtuneet hoidon aikana tai kuukauden sisällä hoidosta kotiutumisen jälkeen.

**Toimenpide 31:** Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnistää kansallisen itsemurharekisterin itsemurhien ehkäisyyn laadun seuraamiseksi ja arvioimiseksi sekä itsemurhatutkimuksen mahdolistamiseksi.

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

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

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

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

**Toimenpide 36:** Tehdään esityksiä kansallisille tutkimusrahoittajille poikkitieteellisen itsemurhatutkimusohjelman käynnistämiseksi.

### **Itsemurhien ehkäisyohjelman seuranta ja ehdotukset mittareiksi**

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

**Ehdotus 1:** Seurataan ajantasaisesti oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä itsemurha-kuolemien lukumäärää ja tekotapaa Suomen eri väestöryhmissä ja eri alueilla.

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

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

# Liite

## Mielenterveysstrategian valmistelu

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

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

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

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

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

## Mielenterveysstrategian valmistelun ohjausryhmä

### Puheenjohtaja

#### **Markku Tervahauta**

ylijohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

(tilalle 10.1.2019 alkaen ylijohtaja

**Tuija Kumpulainen**, sosiaali- ja terveysministeriö)

### Varapuheenjohtaja

#### **Liisa-Maria Voipio-Pulkki**

johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

### Jäsenet

#### **Sami Pirkola**

professori, Tampereen yliopisto

#### **Hanna-Mari Alanen**

psykiatran toimialuejohtaja,

Tampereen yliopistollinen sairaala

#### **Virve Flinkkilä**

palvelupäällikkö, aikuisten ja perheiden

sosiaalipalvelut, Vantaan kaupunki

#### **Saila Hohtari**

aikuis- ja perhetyön päällikkö, Rauman kaupunki

#### **Pia Hytönen**

toiminnanjohtaja,

Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry

#### **Matti Kaivosoja**

ylilääkäri, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja

terveyspalvelukuntayhtymä Soite

#### **Tapio Kekki**

ylilääkäri, Lapin sairaanhoitopiiri

#### **Meri Larivaara**

neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

(1.3.2019 lähtien johtava asiantuntija,

Mieli Suomen Mielenterveys ry)

#### **Eveliina Pöyhönen**

sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

#### **Klaus Ranta**

linjajohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

#### **Päivi Rissanen**

sosiaalityöntekijä-kehittäjä, Mielenterveyden

keskusliitto

#### **Timo Salmisaari**

johtava asiantuntija, Ecoworks Oy

#### **Helena Vorma**

lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

#### **Kristian Wahlbeck**

kehitysjohtaja, Mieli Suomen Mielenterveys ry

## **Sihteerit**

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

## **Mielenterveysstrategian valmistelun asiantuntijaryhmä**

### **Puheenjohtaja**

<b>Sami Pirkola</b>	professori, Tampereen yliopisto
---------------------	---------------------------------

### **Jäsenet**

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

## Sihteerit

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

## Tervyden ja hyvinvoinnin laitoksen itsemurhien ehkäisyn verkosto

### Puheenjohtaja

<b>Timo Partonen</b>	tutkimusprofessori, Tervyden ja hyvinvoinnin laitos
----------------------	---

### Jäsenet

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

### Sihteeri

<b>Jasmin Jokinen</b>	suunnittelija, Tervyden ja hyvinvoinnin laitos
-----------------------	--

# Lähteet

## Mielenterveysstrategia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ikonen R, Hietamäki J, Laakso R, Heino T, Seppänen J, Halme, N. Sijoitettujen lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2017. Helsinki: Tervyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-903-3>

Joukamaa M. ja työryhmä. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidon tarve. Perustulosraportti 2010:1. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja, 2010.  
<https://www.rikosseuraamus.fi>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Korja R, Nolvi S, Kataja E-L, Scheinin N, Junttila N, Lahtinen H, Saarni S, Karlsson L & Karlsson H. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *Plos One* 2018; 13(12): e0207856: 2.

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

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

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

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

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

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018; 28. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suomen virallinen tilasto (SVT): Tilasto Suomen eläkkeensajista 2018. Työkyvyttö-myyseläkkeensajat sairauspääryhmän mukaan 31.12.2018. Eläketurvakeskuksen tilastoja 9/2019. Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos, 2019. Viitattu: 16.7.2019.  
<https://www.etk.fi>

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

Takala J & Ilva M. Mikä suojaa nuorta aikuisten alkoholinkäytön aiheuttamalta haittoilta? *Yhteiskuntapolitiikka-YP* 77 2012; 2: 176–185.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117923>

Taskutilasto 2019. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2019.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061019680>

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

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

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

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

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

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveyden avohoitokäynnit 2010-luvulla 1000 vastaan ikäästä kohden. Viitattu 11.12.2019. info ind. 3075, info ind. 2483, indo ind. 2484

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

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

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

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

### Mielenterveysstrategia, muu kirjallisuus:

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

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

Mielenterveys ja päihdesuunnitelma - Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>

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

Mental Health ATLAS 2017. World Health Organization.

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/)

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

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

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

### **Mielenterveysstrategian valmistelun osana julkaistut selvitykset:**

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

Partonen T, Eklin A, Grainger M, Kauppila R, Suvisaari J, Virtanen A. Itsemurhakuolemien Suomessa 2016 – 2018: Oikeuslääketieteellinen tutkimus. Raportti 3/2020. Helsinki: Tervyden ja hyvinvoinninlaitos, 2020.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-446-2>

Kurki-Kangas L. Keskeisten verrokkimaiden kansallisten mielenterveysstrategioiden tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:17.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4047-5>

## **Itsemurhien ehkäisyohjelma:**

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

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

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

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

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

Lahti A, Harju A, Hakko H, Riala K, Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. J Psychiatr Res 2014; 58: 123–128.

Lapatto-Reiniluoto O, Vuori E, Hoppu K, Ojanperä I. Fatal poisonings in Finland during the years 2004–2009. Hum Exp Toxicol 2013; 32: 600–605.

Laukkala T, Partonen T, Marttunen M, Henriksson M. Suicides among military conscripts between 1991–2007 in Finland: a descriptive replication study. Nord J Psychiatry 2014; 68: 270–274.

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

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

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Tilastokeskus 2018. Viitattu: 23.5.2018. Saantitapa:  
[www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat\\_html/atlas.html](http://www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat_html/atlas.html)

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

[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt\\_2017\\_2018-12-17\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_fi.html)

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

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



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

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