

Euroopan talous- ja sosiaalikomitean lausunto aiheesta "Vihreä kirja — Väestön mielenterveyden parantaminen — Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia"

KOM(2005) 484 lopullinen

(2006/C 195/11)

Komissio päätti 14. lokakuuta 2005 Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 262 artiklan nojalla pyytää Euroopan talous- ja sosiaalikomitean lausunnon aiheesta Vihreä kirja — Väestön mielenterveyden parantaminen — Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia

Asian valmistelusta vastannut "työllisyys, sosiaalasiat, kansalaisuus" -erityisjaosto antoi lausuntonsa 3. toukokuuta 2006. Esittelijä oli Adrien BEDOSSA.

Euroopan talous- ja sosiaalikomitea hyväksyi 17.–18. toukokuuta 2006 pitämässään 427. täysistunnossa (toukokuun 17. päivän kokouksessa) seuraavan lausunnon. Äänestyksessä annettiin 142 ääntä puolesta ja 1 vastaan 1:n pidättyessä äänestämästä.

1. Tiivistelmä

Mielenterveyden merkityksestä Euroopalle ei voi olla epäselvyyttä. Siksi on käynnistettävä strategia, jossa

- on monta osaa
 - terveyttä koskevan tiedotuksen parantaminen
 - parempi reagointi terveysuhkiin
 - terveyttä koskevan eriarvoisuuden vähentäminen
 - sosiaalisen suojelun korkean tason takaaminen ja terveyden edistäminen sektoreiden välisen strategian avulla
- määritellään tavoitteita
 - kaikkien mielenterveyden varmistaminen
 - ennaltaehkäisy merkityksen korostaminen
 - sairastuneen elinolojen parantaminen
 - tiedotusjärjestelmän ja tutkimusohjelman kehittäminen Euroopan unionissa
- annetaan suosituksia esimerkiksi seuraavista aiheista
 - pilottitutkimus kaikkien toimijoiden välisten alueellisten tietoverkkojen luomisesta
 - laitoshoidon vähentäminen, jotta olemassa olevat resurssit saataisiin paremmin käyttöön
- määritellään parhaat käytännöt, joita noudattamalla voidaan edistää sosiaalista osallisuutta ja puolustaa mielenterveysongelmista kärsivien oikeuksia, jotka olisi sisällytettävä Euroopan unionin perusoikeuksien viraston vastuualueeseen.

Mielenterveyden merkityksen käyminen yhä selvemmäksi johtuu monista kehitystekijöistä:

- Kysyntä on lisääntynyt räjähdysmäisesti ja siitä on tullut joukkoilmiö, kun on siirrytty psykiatriasta mielenterveyspalveluihin.

— Palveluiden käyttäjät ja/tai heidän edustajansa ovat peruuttamattomasti alkaneet ajaa asiaansa, mikä vaikuttaa kaikkiin politiikkoihin.

— Sairaala- ja avohoidon epätasapaino ja joustavuuden ongelmat koskevat terveydenhuollon kaikkia aloja ensiavusta sosiaali- ja terveystalouteen.

2. Ongelman esittely

2.1 Mielenterveysongelmat ovat yksi kymmenestä työkyvyttömyyden pääsyyistä maailmassa. Näin ollen niiden sosiaalis-taloudelliset seuraukset yksilöille, perheille ja hallituksille ovat musertavat.

2.2 Mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset kokevat usein syrjintää, syrjäytymistä tai heidän perusoikeuksiaan rikotaan vakavasti.

2.3 Mielenterveysongelmien ja köyhyyden välillä on havaittavissa yhteys: köyhyys lisää mielenterveysongelmien riskiä ja vähentää mahdollisuuksia hyödyntää keskeisiä mielenterveyden hoitomenetelmiä. Valtioiden on siis asetettava mielenterveysongelmat julkisen terveydenhuollon painopisteiden joukkoon.

2.4 Mielenterveys ei kuitenkaan usein kuulu terveydenhuollon painopisteisiin. Osittain tämä johtuu siitä, että monilla mailla ei ole mahdollisuuksia perustaa kattavia ja tehokkaita mielenterveyspalveluita.

2.5 Mielenterveyttä koskeva yhteisön väline on osa Euroopan unionin käynnistämää, vuosia 2003–2008 koskevaa kansanterveyttä edistävää ohjelmaa, joka perustuu Euroopan yhteisön perustamissopimuksen 152 artiklaan. On kuitenkin syytä muistaa, että tässä yhteydessä käynnistetyissä toiminnoissa on otettava huomioon jäsenvaltioiden vastuu terveyspalveluiden järjestämisessä ja lääkinnällisten hoitojen tuottamisessa.

2.6 Komission vihreän kirjan tarkoituksena on käynnistää eurooppalaisen toimintasuunnitelman yhteydessä unionin tasolla laaja keskustelu mielisairauksien hallinnan parantamisesta ja mielenterveyteen liittyvän hyvinvoinnin edistämisestä. Syyt tähän ovat seuraavat:

- Terveys ja mielenterveys liittyvät toisiinsa ja ovat tärkeitä niin yksilön kuin yhteisönkin kannalta. Mielenterveys antaa yksilölle mahdollisuuden kehittyä positiivisesti ja löytää oman paikkansa yhteiskunta-, koulu- ja työelämässä. Lisäksi mielenterveys edistää sosiaalista koheesiota, mikä on Euroopan unionille olennaisen tärkeää, jos se haluaa kehittyä osaamisyhteiskunnaksi.
- Mielenterveysongelmien aiheuttama taakka on erittäin raskas, jokaisen lähipiirissä on joku mielenterveysongelmista kärsivä. Ongelmat heikentävät sairaiden ja heidän perheidensä elämänlaatua. Mielenterveyden ongelmat ovat tärkeä työkyvyttömyyden syy.
- Mielenterveysongelmista aiheutuu merkittäviä yhteiskunnallisia ja taloudellisia kustannuksia: ne rasittavat vakavasti yhteiskunnan resursseja ja sen talous-, koulutus-, sosiaali-, rikos- ja oikeusmenettelyjä. Eräistä maista saadut todisteet osoittavat mielenterveyden ongelmien olevan yksi tärkeimmistä syistä töistä poissaoloon, varhaiseen eläkkeelle jäämiseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin.
- Sosiaalinen syrjäytyminen ja mielenterveysongelmista kärsivien leimaaminen ja syrjintä ovat edelleen todellisuutta. Hoidot saattavat loukata sairaiden perusoikeuksia ja arvokkuutta, ja ne aiheuttavat epäluuloa suhteessa yhteiskuntaan ja vähentävät siten "unionin sosiaalista pääomaa".

2.7 Tammikuussa 2005 järjestetyn mielenterveyttä käsitelleen Maailman terveysjärjestön (WHO) eurooppalaisen ministerikonferenssin jälkeen Euroopan komissio, joka järjesti konferenssin yhdessä WHO:n kanssa, julkaisi lokakuussa 2005 EY:n perustamissopimuksen kansanterveyttä koskevaan 152 artiklaan perustuvan vihreän kirjan "Väestön mielenterveyden parantaminen — Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia" ja käynnisti EU:n tasolla mielenterveyttä koskevan kuulemiskierroksen.

2.8 Selkeästi esitetty tavoite on parantaa Euroopan väestön mielenterveyttä sellaisen strategian avulla, joka ei koske ainoastaan terveysalaa ja joka tähtää laajemmin kestäväen hyvinvoinnin "palauttamiseen" sekä solidaarisuuden, sosiaalisen oikeudenmukaisuudet ja elämänlaadun parantamiseen.

2.9 Vihreän kirjan on määrä käynnistää keskustelu ja viranomaisten, ammattilaisten ja potilasjärjestöjen kuuleminen vuonna 2006, jotta vuoden 2006 loppuun mennessä voidaan tehdä ehdotuksia yhteisön toimivaltaan kuuluvista toimenpiteistä, jotka muodostavat Euroopan unionin mielenterveysstrategian.

3. Analyysi ja vihreän kirjan ehdotukset

3.1 Mielenterveyden merkityksestä Euroopalle ei voi olla epäselvyyttä

3.1.1 On perustellusti arvioitu, että 27 prosenttia eurooppalaisista aikuisista on vuoden aikana kärsinyt jossain muodossa

huonosta mielenterveydestä. Näistä ongelmista 6,3 prosenttia on somatoformisia häiriöitä, 6,1 prosenttia masennusta ja 6,1 prosenttia fobioita.

3.1.2 Tilastoitujen itsemurhien määrä on Euroopan unionissa suurempi kuin liikenne- tai HIV/aids-kuolemien määrä.

3.1.3 Yhteiskunnalle aiheutuu monenlaisia seurauksia, ja raportissa ehdotetaan, että tästä aiheutuvat kustannukset arvioidaan keskittyyen tuotannon laskuun sekä sosiaali-, koulu-, rikos- ja oikeusjärjestelmille aiheutuviin kuluihin.

3.1.4 Jäsenvaltioiden välillä, mutta myös niiden sisällä, on ilmennyt suurta eriarvoisuutta.

3.2 Miksi tarvitaan yhteisön tason mielenterveysstrategia?

3.2.1 Euroopan unionin kansanterveyden edistämishjelmassa on tällä hetkellä useita osia, joissa käsitellään seuraavia asioita:

- terveyttä koskevan tiedotuksen parantaminen
- parempi reagoiminen terveysuhkiin
- sosiaalisen suojelun ja terveyden korkean tason takaaminen sektoreiden välisen strategian avulla
- terveyttä koskevan eriarvoisuuden vähentäminen.
- 3.2.2 Mielenterveyttä koskevassa yhteisön strategiassa voitaisiin pyrkiä seuraaviin tavoitteisiin:
 - kaikkien mielenterveyden varmistaminen
 - mielenterveysongelmien torjunta ennaltaehkäisyn avulla
 - henkisesti sairaiden elinolojen parantaminen edistämällä sosiaalista osallisuutta ja määrittelemällä heidän oikeutensa ja ihmisarvonsa
 - tiedotus- ja tutkimusjärjestelmän luominen ja tietoisuuden lisääminen Euroopan unionissa.

3.2.3 Yksi depressiivisen tai itsetuhoisen käyttäytymisen vähentämiseen pyrkivä yhteisöaloite voisi olla pilottihankkeeseen tukeutuva neuvoston suositus. Kyseisessä hankkeessa luotiin alueellisia tietoverkkoja terveysalan, potilaiden, heidän perheidensä ja hankkeen vetäjien välillä. Hankkeen ansiosta nuorten itsemurhayritykset vähenivät 25 prosenttia.

3.2.4 Mielenterveysongelmista kärsivien sosiaalisen osallisuuden lisäämiseen tähtäävien toimien yhteydessä Euroopan komissio kehottaa jäsenvaltioita nopeuttamaan laitoshoidon vähentämistä. Viime vuosina komissio on rahoittanut tutkimusta, jossa vahvistetaan, että psykiatristen laitosten korvaaminen yhteisöpalveluilla parantaa potilaiden elämänlaatua. Kesäkuussa 2005 käynnistettiin tarjouskilpailu tutkimuksesta, jonka tarkoituksena on analysoida ja osoittaa, miten käytettävissä olevia voimavaroja voisi parhaiten hyödyntää, sekä antaa laitoshoidon vähentämistä koskevaa tilastotietoa.

3.2.5 Tässä yhteydessä voitaisiin harkita myös seuraavia yhteisöaloitteita:

- Euroopan unioni voisi määrittellä parhaat käytännöt, joita seuraamalla edistettäisiin henkisesti sairaiden sosiaalista osallisuutta ja puolustettaisiin heidän oikeuksiaan.
- Mielenterveysongelmaisten asema sekä psykiatristen laitosten tilanne tulisi turvata EU:n perustuslakisopimukseen sisältyvässä perusoikeuskirjassa määriteltyjen perus- ja ihmisoikeuksien pohjalta.

3.2.6 Euroopan unioni haluaa parantaa mielenterveyttä koskevaa tietoisuutta tukemalla tutkimusohjelmia ja edistämällä yhteyksiä päätöksentekijöiden ja tutkijoiden välillä.

4. Ehdotuksia koskevat näkemykset

4.1 Mielenterveyden merkityksen käyminen yhä selvemmäksi johtuu monista kehitystekijöistä

4.1.1 Viime vuosina on tapahtunut paljon: kysyntä on kasvanut räjähdysmäisesti siten että siitä on tullut joukkoilmiö, toimintamalleissa on siirrytty psykiatriasta mielenterveyden hoitoon ja palveluiden käyttäjät ja heidän perheidensä edustajat ovat peruuttamattomasti alkaneet ajaa asiaansa. Kukin näistä tekijöistä on johtanut eri maissa eri nopeudella toteutettuihin laki- tai sääntömuutoksiin, jotka ovat riippuneet niiden poliitikassa tai hallinnossa saaman huomion suuruudesta.

4.1.2 Suuri kysyntä, joka on saattanut kaikki käytettävissä olevat palvelut kyllästymispisteeseen, liittyy monimutkaiseen suhteeseen, johon vaikuttaa toisaalta yhteiskunnan muuttuva käsitys psyykkisistä sairauksista ja psykiatriasta, josta on tullut yleisesti hyväksyttävämpää tai ainakin vähemmän leimaavaa, ja toisaalta palveluiden tarjonta. Muutos on havaittu kaikissa kehittyneissä maissa samoihin aikoihin, ja se näkyy epidemiologiassa seuraavasti: diagnoosin mukaan on mahdollista, että 15—20 prosenttia väestöstä kärsii vuosittain mielenterveyden häiriöistä, 12—15 prosenttia näistä tapauksista johtaa työkyvyttömyyteen — yhtä paljon kuin sydän- ja verisuonitaudit ja kaksinkertainen määrä syöpään verrattuna — ja niiden osuus kaikista ennen aikaisen kuoleman tai työkyvyttömyyden vuoksi menetetyistä elinvuosista on 30 prosenttia (lähde: WHO, 2004). Paine on heijastunut myös terveysuunnittelun monipuolistumisena, minkä myötä psykiatrilta on vuosien mittaan osoitettu yhä enemmän tehtäviä.

4.1.3 Kysynnän mittava kasvu ja käsityksissä tapahtuneet muutokset ovat lisänneet avohoidon kysyntää ja hämärtäneet siten sairauden ja terveyden välisiä perinteistä jaottelua. Elämä koetaan yhä useammin erilaisten kliinisten tilojen jatkumona, joka ulottuu aina psyykkiseen kärsimykseen asti. Niinpä havaittuja mielenterveyden häiriöitä on mahdotonta erottaa sosiaalisesta kontekstista, jossa ne ovat syntyneet, minkä vuoksi tarpeita arvioitaessa on arvioitava myös häiriöiden sosiaaliset vaikutukset. Psykiatrian yhtenä tärkeänä tehtävänä nykyään on tehdä diagnoosi siitä, mikä on psykiatrinen tapaus ja mikä ei, ja mitkä tapaukset ovat niin vaikeita että ne edellyttävät psykiatrista hoitoa. Lähestymistapa ei kuitenkaan saa rajoittua pelkästään tähän, vaan yhteinen taakka on pyrittävä jakamaan

muiden asianomaisten tahojen kanssa tai niitä on autettava palaamaan avun tai terapian pääasiallisiksi toimijoiksi. Nämä dialektiset, joskus ristiriitaisetkin jännitteet kliinisten, eettisten ja organisatoristen kysymysten välillä kuvastavat toimintamallien muutosta psykiatriasta kohti mielenterveyden hoitoa. Myös terminologia on joskus ristiriitaista jopa julkisissa asiakirjoissa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa psykiatrian (*psychiatry*) ja mielenterveyden (*mental health*) erottelu ei kuitenkaan aiheuta juurikaan ongelmia.

4.1.4 Viimeinen, joskaan ei vähäisin näkökohta on palveluiden käyttäjien ja heidän perheidensä edustajien vaikutusvallan lisääntyminen. Kyseessä on Ranskassa sekä muualla maailmassa yleinen kehityssuunta, joka ei rajoitu pelkästään psykiatriaan ja jota ovat voimistaneet tietyt potilaan ja lääkärin suhdetta perusteellisesti muuttaneet sairaudet (Aids). Siitä ovat selvimpinä osoituksina potilaiden oikeuksia koskeva lainsäädäntö, palveluiden käyttäjien ja heidän perheidensä mainitseminen psykiatristen palveluiden järjestämistä koskevissa hallinnollisissa asiakirjoissa sekä ratkaisujen löytäminen tarpeiden tyydyttämiseksi ja näiden ratkaisujen konkreettinen täytäntöönpano.

4.1.5 Myös kansalaisten sekä kaikkien potentiaalisten palvelunkäyttäjien edustajat ovat tehostaneet toimintaansa. Poliitiikan, erityisesti kunnallispolitiikan ja mielenterveyskysymysten välillä on jatkuvasti enemmän yhteyksiä. Vaaleilla valitut luottamushenkilöt joutuvat yhä useammin tekemisiin psykiatrian alalla tapahtuvan kehityksen vaikutusten kanssa, joista selvittää entistä harvemmin ilman heidän panostaan.

4.1.6 Tällainen kehitys on tuonut erittäin selvästi esille sairaala- ja avohoidon epätasapainon sekä joustavuuden ongelmat, jotka koskevat terveydenhuollon kaikkia aloja ensiavusta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Se on myös osoittanut, että laitoshoidon vähentäminen ei ole useinkaan onnistunut ja että psykiatrisen hoidon integrointi yleisten sairaaloiden toimintaan on puutteellista. Koska lääketieteellisten ja sosiaalisten kysymysten ja eri ammattien ja koulutussuuntien väliset rajat ovat epä määräiset, tulevassa ratkaisussa keskeistä on uusia tehtäviä hoitavien työntekijöiden perus- ja jatkokoulutus. Näiden perusluonteisten muutosten lisäksi on ilmaantunut myös uusia ongelmia, jotka koskevat muun muassa mielenterveysongelmista kärsiviä vankeja ja psyykkistä toimintakyvyttömyyttä aiheuttavista neurodegeneratiivisistä sairauksista kärsiviä ikäihmisiä, siis erityisen heikossa asemassa olevia väestöryhmiä.

4.1.7 Sellaiset tekijät kuin toisen maailmansodan päättyminen, keskitysleireiltä saadut kokemukset ja tietoisuus ihmisöikeuksista, kriittinen suhtautuminen psykiatriseen sairaalahoitoon siinä muodossa kuin sitä harjoitettiin kyseisenä aikana, psykotrooppisten aineiden käyttöönotto, potilaiden etuja puolustavien liikkeiden nousu sekä budjettirajoitukset käynnistivät useimmissa kehittyneissä maissa kehityksen, josta kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään alun perin englanninkielistä sanaa deinstitutionalisointi (laitospalveluiden purkaminen). Sillä tarkoitetaan hoitopalveluiden järjestämistä siten, että sairaalahoidon sijaan suositaan toimenpiteitä, jotka mahdollistavat potilaan pysymisen luonnollisessa ympäristössään.

4.1.8 Silloin kun deinstitutionalisointia on toteutettu ennen kaikkea sairaalahoitoa vähentämällä on kuitenkin jatkuvasti törmätty kompastuskiviin: yhteiskunnalla ja psykiatreilla on ollut taipumus sulkea suuri määrä mielisairaita vankiloihin tai säilyttää heitä siellä; epävarmassa elämäntilanteessa olevat tai syrjäytyneet potilaat ovat hoidon keskeydyttyä tai päätyttyä joutuneet heitteille ilman asuntoa ja sosiaalietuuksia, ja heistä on tullut pysyvästi kodittomia; on esiintynyt ”pyöröovisyndroomaa” (*revolving door syndrome*), eli osa potilaista on joutunut loputtomaan noidankehään, kun sairaalahoitoon tulleet potilaat on säännöllisesti poistettu sairaalasta, mutta he ovat joutuneet sinne aina uudestaan. Ajan kuluessa ja budjettileikkausten myötä edellä mainitut ilmiöt yhdessä erittäin suureksi kasvaneen kysynnän kanssa ovat saattaneet ensiapu- ja sairaalapaikalliset kyllästymispisteeseen sillä seurauksella, että on jouduttu perustamaan uusia kokoaikaisia sairaalapaikkoja, mikä olisi todennäköisesti voitu välttää. Toisinaan painetta ovat lisänneet myös vakavat välikohtaukset (mielisairaiden tekemät tai heihin kohdistuneet väkivallanteot). Yleinen mielipide on silloin saattanut vaikuttaa päätöksentekijöiden toimintaan siten, että turvatoimia on tiukennettu tai on laadittu mielenterveyspalveluita koskevia suunnitelmia.

4.2 Tiedotus ja tiedotusvälineet

Tiedotusvälineet käsittelevät yleisimmin mielenterveysongelmia kertoessaan mielisairaiden väkivaltaisista teoista (vaikka mielisairaat eivät syyllisty tällaisiin tekoihin muuta väestöä useammin). Tällainen tilanne suosii kielteisten ennakkokäsitysten syntymistä ja turvatoimien tiukentamista, mikä taas lisää suvaitsemattomuutta ja mielenterveyspotilaiden hyljeksimistä. Mielenterveyttä koskeva tiedotus ei saa pysyä nykyiseen tapaan hallitsemattomana ja koko ajan herkempänä asiana, vaan sen tehtävänä on varoittaa vakavista seurauksista sekä saavuttaa suuri yleisö tiedotusvälineiden ja niiden palveluksissa olevien ammattilaisten avulla.

4.3 Mielenterveyden edistämiseen tähtäävän yhteisön strategian edellytykset ja osa-alueet

4.3.1 ETSK kannattaa komission ehdotusta integroidun eurooppalaisen mielenterveysstrategian luomisesta. Komitea katsoo, että kyseisen strategian valmistelun, laatimisen ja kehittämisen on tapahduttava tiedeyhteisön ehdoilla. Tämä merkitsee muun muassa sitä, että eurooppalaisen yhteiskunnan on

- luotava selvä käsitys mielenterveyteen liittyvistä käsitteistä ja niiden sisällöstä
- oltava täysin tietoinen ongelman suuruudesta siinä muodossa kuin se nykyään kuvataan sekä ongelman mahdollisista kehitysuunnista
- osallistuttava määrätietoisesti sellaisten olosuhteiden luomiseen, jotka mahdollistavat integroitujen ratkaisuvaihtoehtojen kehittämisen.

4.3.2 Jotta voitaisiin vastata kyseisiin mittaviin tarpeisiin, on luotava kunnianhimoinen ohjelma sekä määritettävä yhteinen strategia, joka perustuu muutamiin täysin kiistattomiin periaate-

teisiin. On syytä korostaa, että eräisiin suppeampiin terveysongelmiin kiinnitetään jo nyt ensisijaista huomiota. Lisäksi mielenterveysstilanteessa näyttää olevan Euroopan maiden välillä suuria eroja, jotka saattavat lisääntyä tulevaisuudessa, kun Euroopan unioniin vasta pitkähkön ajan kuluttua mahdollisesti liittyvät maat uhkaavat jäädä erittäin pahasti jälkeen asiassa.

Eräät ennakoedellytykset ovat jo nyt selviä:

4.3.3 Ennen yhteisen strategian laatimista on määriteltävä yhdessä sen sisältämät termit ja käsitteet, esimerkiksi sellaisen käsitteiden kuin ”huono mielenterveys” tai ”mielenterveysongelmainen” merkitys.

4.3.4 Mielenterveyden määrittelemisen painopisteeksi nykyisten tarpeiden mukaisesti edistäisi merkittävästi tarvittavien toimenpiteiden toteuttamista.

4.3.5 Lisäksi on kartoitettava nykytilanne sekä tarpeiden että niiden tyydyttämiseksi nykyään sovellettavien ratkaisujen näkökulmasta.

4.3.6 Vihreän kirjassa ehdotettuja toimenpiteitä voi vain kannattaa. Mielenterveyden edistämiseen tähtäävissä toimenpiteissä on tarkoitus keskittyä lapsiin, nuoriin ja ikääntyviin.

4.4 Kansalaisten mielenterveyden edistäminen

4.4.1 Mielenterveyden edistäminen liittyy ihmisten pahoinvointiin heitä ympäröivässä elinympäristössä ja yhteisössä. Asia vaatii useiden toimenpiteiden yhdistämistä. Tarvitaan

- mielisairauksien torjuntaan tähtäävä mekanismi, jossa yhdistyvät ennaltaehkäisy, hoitotoimet ja uudelleenintegrointi
- erityiskohderyhmille suunnattuja ennaltaehkäiseviä toimia
- tiettyjen väestöryhmien pahoinvointia koskevia hoitotoimia
- myönteisiä mielenterveystoimia, joilla voidaan muuttaa yksilöiden, ryhmien tai koko yhteiskunnan haitallisia käytäytymismalleja.

4.4.2 Tässä asiassa on syytä painottaa ensimmäisen, toisen ja kolmannen asteen ennaltaehkäiseviä toimia siten että ennaltaehkäisy on sovitettu yhteen kunkin alan tarpeiden kanssa. On myös kehitettävä toimenpiteitä, joiden tavoitteena on mielenterveyden edistäminen ja yleisölle tiedottaminen, terveiden elintapojen omaksuminen ja säilyttäminen sekä henkilöiden sisäistä kehitystä suosivan ympäristön luominen. Vastaavasti on kehitettävä ennaltaehkäiseviä toimia, joilla pyritään rajoittamaan mielenterveysongelmien syntyä puuttamalla riskitekijöihin sekä sairastumista aiheuttaviin tilanteisiin. Esimerkkeinä mainittakoon seuraavat toimenpiteet:

- Puututaan varhaisessa vaiheessa sellaisten äitien ja imeväisikäisten tilanteeseen, jotka näyttävät kärsivän masennuksesta tai vaillinaisuuden tunteesta.
- Kohdennetaan erityistoimenpiteitä koulussa huonosti menestyviin lapsiin.
- Tuetaan mielenterveysongelmista kärsiviä perheitä ja annetaan niille tietoa asiasta.

- Tehdään tutkimuksia riskitekijöistä sekä kulttuuritaustasta riippuvista pahoinvoinnin tai sairauksien ilmenemismuodoista.
- Edistetään konsultaatioyhteistyöpsykiatriaa, jotta psykosomaattisiin sairauksiin voidaan alkaa soveltaa entistä kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa ja jotta perheiden aktiivinen ja passiivinen osallistuminen voidaan varmistaa (elintapoja ja sairaille annettavaa hoivaa koskeva koulutus sekä tarvittaessa taloudellinen tuki). Psykologiset tukipalvelut ovat parempi vaihtoehto kuin psykotrooppisten aineiden käyttäminen ilman tukea.

4.4.3 Ensisijaisena tavoitteena on ilman muuta lasten ja nuorten tarpeiden tyydyttäminen. Tarpeet eivät ole peräisin pelkästään perheistä eikä niitä esiinny vain siellä. Niitä ilmenee myös oppilaitoksissa, oikeus- ja sosiaalialan instituutioissa, poliisiorganisaatioissa ja eri yhteisöissä, ja niiden taustalla ovat yhä nuorempien lasten ja moniongelmaisten perheiden kohtaamat entistä vaikeammat tilanteet. Juuri perheet ja lapset kärsivät yhteiskunnallisista muutoksista muita enemmän.

4.4.4 Tarjolla olisi oltava yhdenmukaisesti ja koordinoitusti organisoitu palvelupaketti, jonka sisältämät palvelut on koottu ja järjestetty kolmen perusmoduulin tai -ohjelman ympärille:

- ohjelma, jossa keskitytään pieniin lapsiin, heidän perheisiinsä sekä kyseisten ikäryhmien parissa työskenteleviin sosiaali-, terveys-, koulutus- ja oikeusalan yhteistyökumppaneihin
- ohjelma, jossa keskitytään kouluikäisiin lapsiin, heidän perheisiinsä ja yhteistyökumppaneihinsa
- ohjelma, jossa keskitytään nuoriin, heidän perheisiinsä ja yhteistyökumppaneihinsa.

4.4.5 Järjestelmällisten avohoito- ja vastaanottopalveluiden lisäksi kunkin ohjelman olisi kyettävä tarjoamaan myös iän mukaan sovitettua tehokkaampaa laitoshoidoa, vakavissa kriisitilanteissa annettavaa hoitoa sekä pitkäaikaishoitoa. Ohjelmien joustavuuden ja tehokkuuden varmistamiseksi myös konsultaatioyhteistyöpsykiatriaa olisi käytettävä varhaisessa vaiheessa ongelmien diagnosoinnissa, kriisien ehkäisyssä sekä perheille ja yhteistyökumppaneille tarkoitettujen avohoitotukipalveluiden järjestämisessä.

4.4.6 Näitä perusohjelmia olisi täydennettävä laatimalla riskiryhmiä tai -tilanteita varten erityisohjelmia, jotka lisäävät primääristen ja sekundaaristen ennaltaehkäisevien toimien onnistumismahdollisuuksia kiinnittämällä varhaisessa vaiheessa huomiota sellaisiin asioihin kuin kehityshäiriöt, eräät pienten lasten sairaudet, vanhempien huolenpidon laiminlyönti varhaisiässä, yksinhuoltajaäitien ja moniongelmaisten perheiden tilanne sekä nuorten riippuvuus-ongelmat. Nykyistä enemmän huomiota olisi kiinnitettävä myös sosiaalisiin, oikeudellisiin ja koulutusrakenteisiin (mm. ennaltaehkäiseviin palveluihin ja vankiloihin), jotka palvelevat sellaisia vaikeista sosiaalisista ongelmista kärsiviä henkilöitä, joilla jo on mielenterveyden ongelmia tai joille uhkaa kehittyä sellaisia heidän erittäin vaikean ja ongelmia kasaavan elämäntilanteensa vuoksi.

4.5 Työelämän, työttömyyden ja terveyden väliset yhteydet

4.5.1 Työntekijöiden ja työelämän ulkopuolella olevien (työttömien) oloja on parannettava, sillä ne vaikuttavat mielenterveyteen. Työn ja mielenterveyden välinen suhde liittyy sellaisiin kysymyksiin kuin työnteolle annettava arvo, sen henkilö-

kohtainen hinta sekä työttömyyden ja työkyvyttömyyden vaikutukset.

4.5.2 Mielenterveyden kannalta on yhtä lailla tärkeää, että näihin kysymyksiin löydetään ratkaisu jossa otetaan huomioon myös sosiaalinen syrjäytyminen.

4.5.3 Lisäksi väestön ikääntymisen ongelmaan on löydettävä asianmukaisia ratkaisuja. WHO:n mukaan vain 20 prosenttia ikääntyvistä nauttii "onnistuneesta vanhenemisesta", mikä merkitsee sitä, että 80 prosenttia heistä voi pahoin (kärsii sairauksista tai itsenäisyyden menettämisestä). Mielisairaudet eivät häviä ikääntymisen myötä, vaan tilanne on pikemminkin päinvastainen. Dementiasairauksia ei esiinny juuri lainkaan (1 %) 60-vuotiailla, mutta yli 85-vuotiailla ne ovat yleisiä (30 %). Dementiaa sairastavista henkilöistä 70 prosentilla on käyttäytymishäiriöitä.

4.6 Turvapaikanhakijat

4.6.1 Turvapaikanhakijoille vastaanottomenettelyn aikana tarjottavien palveluiden yhteydessä esiintyy mielenterveyden ongelmia, joita aiheuttavat asuinpaikka ja asumisolot sekä turvapaikanhakijoiden henkilökohtainen elämäntilanne, johon vaikuttaa heidän henkilökohtainen historiansa ja psyykkisesti väliaikainen tilanteensa. Heidän saamiensa traumojen vakavuus, joiden taustalla on usein äärimmäistä, tarkoituksellista ja kollektiivista julmuutta, on todiste tilanteista, joissa väkivalta on järjestelmällistä. Näiden henkilöiden posttraumaattisia ongelmia pahentavat usein monet surut sekä maastapaon yhteydessä saadut erittäin tuskalliset kokemukset.

4.7 Mielenterveysongelmat

4.7.1 Vastaavanlaisia mielenterveyden ongelmia esiintyy myös suurella joukolla vankeja, joiden mahdollisuudet hyödyntää hoitorakenteita ovat vähäiset.

4.7.2 Masennuksen, itsemurhien ja riippuvuuden ehkäisyyn tähtäävien ohjelmien perustamista on tuettava.

4.7.3 Laitoshoidon vähentämisen yhteydessä ehdotetun toimintatapojen muuttamisen osalta voidaan todeta, että 1990-luvun lopun jälkeen alkoi uusi ajanjakso, jolle on ollut ominaista sairaalahoidon alasajon loppuminen, deinstitutionalisoitilaheavista luopuminen sekä tarve luoda järjestelmä, jossa yhdistyvät tehokkaat yhteisöpohjaiset mekanismit sekä kokoaikainen sairaalahoido. Sairaalahoidon liiallinen käyttö estää varojen myöntämisen potilaitten ja heidän perheittensä tarvitsemien yhteisöpohjaisten palveluiden laajentamiseen ja monipuolistamiseen. Käänteisesti avohoitajärjestelmän ensisijaista asemaa ei voida varmistaa ellei sen tukena jatkuvasti ole sairaalalpalveluita, jotka mahdollistavat sellaisten akuuteista ongelmista kärsivien potilaiden välittömän pääsyn lyhytaikaiseen sairaalahoittoon, joita ei voida auttaa minkään muuntuyppisellä hoidolla. Sairaalahoidon vähentäminen ei myöskään ole mahdollista, ellei avohoitopalveluilla voida ehkäistä turhaa sairaalassa oloa esimerkiksi tukemalla pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevia potilaita ja valmistamalla heitä asianmukaisesti mahdolliseen poispääsyyn, varmistamalla sairaalahoidon ulkopuolella olevien potilaiden mahdollisuus pysyä yhteisönsä jäseninä hyväksyttävissä ja heidän tarpeensa huomioon ottavissa oloissa sekä tukemalla sellaisia potilaita, joiden on oltava vuorotellen sekä avo- että sairaalahoidossa.

4.7.4 Päätös siitä, hoidetaanko mielisairasta sairaalassa vai avohoidossa, riippuu voimakkaasti alan ammattilaisten koulutuskulttuurista ja -mallista, potilaan eristäytymisasteesta sekä sellaisista yleisistä sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä kuin yhteiskunnallinen suvaitsevaisuus ja kunkin alueen tilanteeseen vaikuttavat epävarmuustekijät. Tällaiset tekijät lisäävät turvautumista johonkin tiettyyn palvelumuotoon ja vaikuttavat vaihtoehtojen palveluiden saatavuuteen. Sen vuoksi on mahdollista antaa täysin varmoja suosituksia vakavassa kriisivaiheessa olevien potilaiden tarvitsemien sairaalapaikkojen määrästä ottamatta huomioon paikallisia olosuhteita.

4.7.5 Sitä paitsi tärkein hoitoon vaikuttava tekijä on sen luonne, eli sen sijaan että kiinnitettäisiin huomiota pelkästään hoitopaikkaan on myös arvioitava, mitä hyötyä hoidosta oletetaan olevan, mihin tarpeeseen sillä vastataan ja miten tehokasta se on.

4.7.6 Sairaalahoidon etuina pidetään tavallisesti sitä, että sairaaloissa on saatavilla koulutettua henkilökuntaa, sairaalaympäristö on turvallinen ja asianmukainen ja hoitotyötä voidaan tehdä riittävän turvatuissa olosuhteissa. Nämä edut vähenevät tai poistuvat kokonaan, jos sairaalaan kootaan vuodepaikkojen puutteen vuoksi liian suuri määrä vaikeista ongelmista kärsiviä yhteistyökyvyttömiä potilaita, mikä häiritsee kestävämmällä tai vaarallisella tavalla ympäristöllä tehtävää työtä.

4.7.7 Useat kansainväliset sekä ranskalaiset tutkimukset osoittavat, että jopa 40 prosenttia vakavista ongelmista kärsivistä, sairaalahoidon vapaaehtoisesti hakeutuvista tai sinne lähetettävistä potilaista voitaisiin hoitaa vaihtoehtoisilla hoitomuodoilla, mikäli he ovat yhteistyöhaluisia tai heidät voidaan taivutella yhteistyöhön omaisten tai sosiaalisten tukiverkkojen (ensiapu ja kriisituki) avulla. Sitä mukaa kun vaihtoehtojen järjestelmien tehokkuus paranee luonnollisena taipumuksena on varata sairaalapaikat niitä välttämättä tarvitseville eli sellaisille potilaille, joiden sekä psyykinen että somaattinen tila on arvioitava kiireesti, sekä potilaille, jotka kärsivät erityisen vaikeista patologisista oireyhtymistä, tunnettujen psyykkisten häiriöiden uusiutumista, kontrolloimattomasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä tai itsemurhataipumuksista tai muista vastaa-

vista ongelmista. Tällaisissa tapauksissa pakkohoito on usein välttämätöntä. Kuten tulemme näkemään, asialla on vaikutusta hoidon organisointiin ja puitteisiin.

4.7.8 Edellä mainitun perusteella samoissa tutkimuksissa suositetaan, ettei vakavassa kriisivaiheessa oleville potilaille tarkoitettujen sairaalapaikkojen määrää tule vähentää pienemmäksi kuin 0,5 vuodepaikkaa 1 000:ttä aikuisikäistä asukasta kohden. Kyseistä lukua on tarkistettava, jos palveluiden käytöstä tavoitteeksi asetetaan 80—85 prosenttia, kuten komitea suositaa. Kyseinen vähimmäismäärä edellyttää luonnollisesti sitä, että ennen sairaalahoidon ja sen jälkeen tarjottavien palveluiden käytössä on oltava riittävästi resursseja ja että ne toimivat riittävän tehokkaasti. Lukuun eivät myöskään sisälly oikeuspsykiatrian puitteissa tai turvallisuussyistä hoitoa saavien vaikeasti sairaiden tarvitsemat sairaalapaikat eivätkä nuorten ja ikääntyneiden sairaalapaikat. Jos kyseistä vähimmäismäärää lähestytään liikaa täyttämättä kuitenkaan samalla korvaavien avohoitopalveluiden kaikkia edellytyksiä, se johtaa vain uusien erittäin kalliiden psykiatristen hoitopaikkojen tai sairaalapaikkojen perustamiseen.

4.8 Hoitoympäristö

4.8.1 Sairaalapaikkojen vähimmäismäärä voi vaihdella maittain, mutta majoitustiloja koskevat vähimmäisvaatimukset voidaan esittää täsmällisemmin. Kaikkien majoitustilojen on oltava tarkoitukseen sopivia, ja vaikka toisinaan käytössä saattaa olla vanhoja tiloja, pyrkimyksenä on oltava asukkaiden ihmisarvon kunnioittaminen nykyaikaisten arvojen mukaisesti. Asianmukainen ympäristö on erittäin tärkeä potilaiden toipumiselle. Ympäristön riskit on arvioitava ja niihin on puututtava asukkaiden erityistarpeiden mukaisesti.

4.8.2 Asukkaiden saatavilla on oltava laaja kirjo heille annettavaa hoitoa edistäviä ja täydentäviä hoitomuotoja. Mielen-terveyden hoidosta vastaavan henkilökunnan on oltava kokonaisuudessaan asianmukaisesti koulutettua, ammattitaitoista ja sen on suhtauduttava potilaisiin inhimillisesti, jotta se edistäisi myönteisen hoitoympäristön syntymistä.

Bryssel 17. toukokuuta 2006.

*Euroopan talous- ja sosiaalikomitean
puheenjohtaja
Anne-Marie SIGMUND*