

lääkkäiden ihmisten mielenterveys politiikkaohjelmissa: tavoitteista toimintaan?

Tarkastelemme katsauksessa kansainvälisissä ja kansallisissa mielenterveyspoliittisissa suunnittelu- ja tavoiteohjelmissa esitettyjä käsityksiä iäkkäiden ihmisten mielenterveydestä, erityisesti masennuksesta, sekä heidän mielenterveytensä edistämisestä, ongelmien ehkäisystä ja hoidosta. Katsaukseen sisältyvissä ohjelmissa kansainväliset yhteisöt Euroopan Unioni (EU) ja Maailman terveysjärjestö (WHO) sekä kansallinen toimija sosiaali- ja terveysministeriö esittävät perusteita ja antavat suosituksia ikäihmisten mielenterveystyön järjestämiseksi. Suosituksissa muodostuu kuva tämän hetken mielenterveyspolitiikan tavoitetilasta, johon kuuluu niin mielenterveyden edistäminen, ongelmien ehkäisy kuin palveluiden saatavuuskin. Mielenterveystyön eri osat kuuluvat samalle jatkumolle, vaikka ne voivat tapahtua eri areenoilla.

MINNA PIETILÄ, MARJA SAARENHEIMO

JOHDANTO

Mielenterveyspoliittisten ohjelmien perusteella ikäihmisillä on keskeinen paikka kansainvälisessä mielenterveyspoliittisessa keskustelussa erityisesti mielenterveyden edistämisen ja ongelmien ehkäisyn osalta. Suomalaisessa keskustelussa paikka hahmottuu varsinkin ongelmien ehkäisyyntä ja palveluihin. Mielenterveyspoliittisten ohjelmien kannatoissa ikäihmisistä puhutaan tärkeänä, varsinkin masennuksen suhteen haavoittuvana painopisteryhmänä. Keskeisiä tavoitteita ovat positiivisen mielenterveysnäkemyksen mukainen elämänlaadun ja hyvinvoinnin edistäminen sekä ongelmien ehkäisy unohtamatta myöskään palveluiden tarvetta. Tavoitteiden saavuttaminen voi kuitenkin jäädä etäälle, jos näkökulmia ei huomioida riittävästi käytännön toimenpiteissä. Esimerkiksi ikäihmisten mielenterveyttä edistävä toiminta tulisi tehdä näkyvämmäksi. Olisi reagoitava myös siihen, että mielenterveysongelmista kärsivät iäkkäät ihmiset jäävät nyt helposti marginaaliin palveluissa.

Katsauksessa tarkastellaan politiikkaohjelmia tavoitetilän ilmaisuina mutta ei sen sijaan eritellä, onko ja millä ohjelmilla varsinaista velvoittavuutta tavoitetilän saavuttamiseen. Kiinnostus kohdis-

tuu siten nykyisen mielenterveyspolitiikan ’lupaukseen’.

INFORMAATIOILLA OHJAAMINEN

Politiikka on yhteisten asioiden hoitamista, vain tavoitteet ja keinot vaihtelevat, kuuluu vitsikäs mutta totuudenmukainen sanonta. Kansallisella tasolla kulloisenkin hallituksen poliittiset tavoitteet ja suunnitelmat niiden toteuttamiseksi esitetään hallitusohjelman lisäksi usein politiikkaohjelmiksi kutsuttujen asiakirjojen muodossa. Ohjelmiin pyritään kiteyttämään poliittisen toiminnan lähtökohdat, tavoitteet ja käytännöt. Kansainväliset toimijat, kuten WHO ja EU, tuottavat jäsenmailleen omia politiikkaohjelmiaan. Yhteisiin oloihin joko velvoittavina tai tavoitetasolla vaikuttavat politiikkaohjelmat on tarkoitettu pitempikantoisiksi linjanvedoiksi käytäntöjen kehittämiseksi: niillä on tarkoitus antaa suunta yhteiselle ymmärrykselle ja toiminnalle.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan Suomessa enenevästi politiikkaohjelmilla, joihin liittyy käytännön kehittämishankkeita. Ohjelmallinen informaatio-ohjaus ja kehittäminen vakiintuivat sosiaali- ja terveysministeriön toimintatavoiksi 1990-luvulle tultaessa, kun resurssi- ja

normiohjauksesta pitkälti luovuttiin. Ministeriöstä on nyt tullut ”ohjelmatalo”, jossa hallituksen keskeisiä hyvinvointipoliittisia tavoitteita edistetään tukemalla ohjelmallisiksi kokonaisuuk- siksi koottuja hankkeita (Virtanen ym. 2010). Ohjelmiin liittyvää informaatio-ohjausta ja han- ketoimintaa on tosin moitittu kalleudesta, haja- naisuudesta ja tehottomuudesta (esim. Terveyden- huollon miljoonaprojektit eivät... 2008, Kansal- lisen terveyshankkeen piiriin... 2006, Stenvall ja Syväjärvi 2006). Poliitiikkaohjelmien määrällä mitaten EU ja WHO ovat ”ohjelmataloina” aivan omassa luokassaan.

Poliitiikkaohjelmia laativat Suomessa virka- miehet ja muut asiantuntijat hallitusohjelmaa seuraten ja kartoittaen kuulemismenettelyjen kautta myös kansalaisten, palveluiden käyttäjien ja muiden intressitahojen, esimerkiksi järjestöjen näkemyksiä. Kuulemiset saattavat tosin jäädä yleisluonteisiksi tai niissä voivat painottua joiden- kin intressiryhmien näkemykset. Nykyisessä hal- litusohjelmassa todetaan mielenterveys- ja päih- detyön osalta erityishuomiota kiinnitettävän kaikkien ikäryhmien, myös iäkkäiden mielenter- veysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saata- vuuteen sekä mielenterveystyön osaamiseen. Mielenterveyden edistämisestä sen sijaan puhu- taan vain lasten ja nuorten kohdalla. Vuoden 2009 mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on ajankohtainen poliitiikkaohjelma, jossa paino- tetaan ikäihmisten osalta ongelmien ehkäisyä ja hoitojen kehittämistä. Heidän mielenterveytensä edistäminen sen sijaan ei ole julkilausutusti sen asialistalla.

MIELENTERVEYS OSANA HYVINVOINTIA JA KANSANTERVEYTTÄ

Yhteisön normeista poikkeavaksi katsottu käyt- täytyminen ja sen taustalla oleva mielen toiminta käsitteellistettiin aiemmin hulluudeksi tai mieli- sairaudeksi, kun taas nykyisin puhutaan mie- lummin mielenterveydestä ja henkisistä voima- varoista. Ongelmien ehkäisy ja hoidon lisäksi painotetaan entistä enemmän ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Vain muutama vuosi- kymmen sitten mielenterveyspolitiikka tarkoitti lähinnä mielenterveysongelmien hoitoa sekä psy- kiatrisen laitosp- ja avohoidon hallinnointia, joten mielenterveyden ja mielenterveysongelmista kär- siviä ihmisten sisällyttäminen yleiseen hyvin- vointipoliitiikkaan on varsin uutta (Goldman ym. 2008). Taipale (2008) toteaa, että mielentervey- den hahmottaminen kuluva- ja uusiutuvaksi voimavaraksi, ei syntymässä saaduksi vakioksi on

innovaatio. Tällainen voimavarasuuntautunut hyvinvointiajattelu ohjaa ainakin periaatteellises- ti myös nykyistä kansainvälistä mielenterveyspo- liittista tavoiteasettelua.

Nykyisen mielenterveysajattelun kehityksessä on erotettavissa kolme linjaa. Mielenterveys on ensinnäkin nostettu ammatillisesti, organisatori- sesti ja poliittisesti eristetyistä asemastaan kansan- terveyden piiriin kuuluvaksi asiaksi. Toiseksi yk- silötason tarkastelusta on siirrytty väestölliseen mielenterveysnäkökulmaan sisällyttämällä mie- lenterveystematiikkaa kansanterveyspolitiikkaan, -strategioihin ja -ohjelmiin. Kolmanneksi nykyään korostetaan ongelmien sijaan positiivista mielen- terveyttä, jossa huomio kohdistetaan ihmisten mielenterveyttä ylläpitäviin voimavaroihin ja on- gelmien ehkäisyyn. Mielenterveys liitetään ny- kyään kiinteästi myös työ- ja toimintakykyyn ja sitä kautta kansantaloudelliseen kilpailukykyyn. Tässä kohtaa iäkkäiden ihmisten mielenterveyden pohtiminen voi jäädä vähemmälle huomiolle.

Laajan hyvinvointiajattelun mukaan ihmisen psyykeen ja sen toimintaan vaikuttavat biologi- nen perimä, henkilön elämänhistoria, hänen so- siaaliset suhteensa ja elämäntilanteensa sekä ym- päristö. Toisaalta myös korostetun biolääkete- ellinen näkemys mielenterveysongelmien syistä ja hoidosta on nykyisin vahvoilla. Julkishallin- nassa mielenterveyttä on viime vuosikymmenen aikana nostettu kansainvälisesti merkittävässä määrin nimenomaan terveyspolitiikan asialistalle, vaikka erityisesti sen edistäminen ja ongelmien ehkäisy ovat vahvasti ylisektoraalisia asioita. Esi- merkiksi iäkkäiden ihmisten mielenterveyden edistämistä ja ongelmien ehkäisyä tapahtuu terveyspalveluiden lisäksi kotihoidossa, seurakun- tien toiminnassa, erilaisissa (liikunta- ja kulttuu- ri-) ryhmissä ja ystävöitymisryhmissä. Tämä toimin- ta ja sen hyödyllisyys tulisi tehdä entistä näky- vämmiksi.

Suomi otti mielenterveyskysymykset ensim- mäisen Euroopan Unionin puheenjohtajakauten- sa avaintemaksi vuonna 1999 motolla ”ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä” (Eskola ja Kari- la 2007). EU onkin 2000-luvulla pyrkinyt voima- varasuuntautuneeseen, edistävään ja monitoimi- jaiseen mielenterveyspolitiikkaan ainakin tavoite- ohjelmien tasolla. Myös WHO:n Maailman terveysraportti (World Health Report) omistettiin kokonaisuudessaan mielenterveydelle vuonna 2001, ja Maailmanpankki on painottanut hyvää mielenterveyttä oleellisena osana heikkojen ta- lousalueiden kehittämistä (Knapp ym. 2007, Jen-

kins 2003). Taipale (2008) toteaa kuitenkin, että todellisuudessa WHO:n mielenterveyspanostukset ovat vähäisiä eikä EU:n kansanterveysohjelmassa periaatteista huolimatta näy sitoutumista mielenterveysteemoihin, kun kaavailtu mielenterveysstrategia ”kuihtui toteuttamiskelvottomaksi” jäsenmaiden erimielisyyksien vuoksi.

Vaikka olisikin yhteisesti sovittu esimerkiksi mielenterveyden edistämisen ja palveluiden tarjonnan periaatteista, eri maiden toimintakulttuurit ja käytännöt eroavat toisistaan. Historia, tavat ja käytössä olevat voimavarat vaikuttavat esimerkiksi siihen, millainen arvo mielenterveydellä yhteiskunnassa nähdään, millaisia palveluita on tarjolla ja miten niiden piiriin pääsee, miten yksittäiset ihmiset ja perheet selviytyvät ongelmien kanssa sekä miten yhteisö suhtautuu ongelmista kärsiviin. Yhteisten periaatteiden lisäksi kullakin maalla tulee olla omia kansallisia linjauksia konkreettisista tavoitteista. (Funk ja Saraceno 2004, Jenkins 2003.) Esimerkiksi Suomen Mielekäs elämä -selvityksessä 1990-luvulla (Taipale 1996) todettiin, että mielenterveysongelmista kärsiville ihmisille ei oltu taattu muiden potilasryhmien tapaan oikeutta hyvään ja tarpeenmukaiseen hoitoon ja että kaikkien riittämättömien mielenterveyspalveluiden joukossa ikäihmisten mielenterveyspalvelut olivat vielä muitakin vähemmän resursoituja.

Solin ja Lehto (2004) tutkivat mielenterveyden asemaa kuuden EU-maan terveydenedistämispolitiikoissa, Suomi mukaan luettuna. Mielenterveys katsottiin politiikkaohjelmissa yleisesti tärkeäksi kansanterveys- ja kustannuskysymykseksi mutta sen edistäminen käytännössä hankalaksi. Hankaluus liittyi mielenterveyden ja sen ongelmien määrittelyyn ja kartoittamiseen epämääräisyyteen sekä palvelujärjestelmien perinteiseen hoitokeskeisyyteen terveyden edistämisen sijaan. Yleisen terveyspolitiikan mallit eivät tuntuneet sopivan mielenterveyden edistämiseen, jonka tuloksellisuudesta tai kustannusvaikuttavuudesta voi olla vaikeaa esittää nykyisin vaadittua näyttöön perustuvaa tietoa. (Solin ja Lehto 2004). Kuten myöhemmin todetaan, kustannusvaikutusten osoittamisesta on esitetty toisenlaisiakin näkemyksiä.

Yhtä kaikki, ainakin julkishallinnon retoriikkatasolla mielenterveys on alettu nähdä kaiken terveyden ja hyvinvoinnin pohjaksi sekä ongelmien ehkäisy ja varhainen hoitaminen entistä tärkeämmiksi. Terveyspolitiikassa on huomattu, että mielenterveys liittyy kaikkien ihmisten elä-

mään, vaikka kaikilla ei olekaan mielenterveysongelmia. Nyt mielenterveys nähdään yleisinhimillisenä voimavarana aiemman patologisoinnin sijaan (Friedli 1999).

Mielenterveyden edistäminen ja ongelmat ovat viime vuosina olleet runsaasti esillä myös yleisjulkisuudessa pohdittaessa, miten yhteiskunnalliset ja arjen toimintakulttuurin muutokset vaikuttavat ihmisten hyvinvointiin. Huolta on kannettu erityisesti lapsista ja nuorista sekä toisaalta siitä, että mielenterveysongelmista on tullut keskeinen työkyvyttömyyden syy. Iäkkäiden ihmisten mielenterveys ei ole noussut keskusteluun läheskään samassa mitassa kuin nuorempien. Heidän kohdallaan puhutaan lähinnä yksinäisyyden aiheuttamista ongelmista, ja käytännössä huoli kohdistuu fyysiseen toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen.

MASENNUS ASIALISTALLE

Masennuksesta tuli Suomessa mielenterveyspolitiikan ja -palvelujen keskeinen kohde 1980-luvun lopulla (Helén 2005). Maassa toteutettiin 1980- ja -90-luvuilla useita mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon liittyneitä tutkimus- ja kehittämishankkeita, joihin masennus liittyi oleellisesti (Eskola ja Karila 2007). Mielenterveys on ollut tapetilla myös 2000-luvun Suomessa, kun sosiaali- ja terveysministeriö tuki vuosikymmenen keskivaiheilla 90 mielenterveys- ja päihdepalveluhanketta (Kansallinen mielenterveys- ja päihde-työn... 2007). Depression Käypä hoito -suosituksessa (2009) masennus todettiin keskeiseksi kansanterveysongelmaksi ja perusterveydenhuollon painopistealueeksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ryhtyi vuonna 2005 eduskunnan aloitteesta laatimaan Suomelle kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa. Mieli 2009 -työryhmän ehdotus mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi on 25 vuoteen ensimmäinen kokonaisvaltainen mielenterveysasioiden tarkastelu Suomessa (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009). Tahto mielenterveysasioiden haltuunottoon on siis ollut suuri.

Iäkkäiden ihmisten kohdalla etenkin lievät ja keskivaikeat masennustilat on todettu yleisiksi (esim. Kivelä 2009, Gatz ja Smyer 2001). Esimerkiksi vuonna 2007 yli 65-vuotiaista suomalaisista noin 10 prosenttia koki masennusta ja noin 17 prosenttia lievempää mielialaoireilua (Laitalainen ym. 2008). Masennuksesta ja lievemmistä mielialaongelmista kärsii siten noin neljännes yli 65-vuotiaista ihmisistä (Zarit ja Zarit 2007, Blazer

ym. 2002). EU ja USA:n terveysinstituutti (Lebowitz ym. 1997) ovat painottaneet ikäihmisten lievänkin masennusoireilun tunnistamista, koska oireilulla on havaittu vakavien masennustilojen kaltaisia seurauksia sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja terveyspalveluiden käyttöön.

Perusterveydenhuollossa ja muissa ikääntyneiden avopalveluissa masennusoireita ei kuitenkaan läheskään aina tunnisteta (esim. Kokko 1999). On arvioitu, että jopa puolet mielenterveydellistä apua tarvitsevista iäkkäistä jää vaille tarkoituksenmukaista hoitoa (esim. Bruce ym. 2002). Ihanteellista olisi tietysti, jos ongelmia ei ehtisi syntyä. Ikäihmisten mielenterveyden edistämisen ja masennuksen ehkäisyä katsotaan kuitenkin usein hoituvan erilaisella ryhmätoiminnalla ilman erityisempiä tavoitteita.

OHJELMIEN TARKASTELUA

Katsauksessa tarkastellaan kansainvälisiä (WHO:n ja EU:n) sekä kansallisia (sosiaali- ja terveysministeriön) mielenterveyspoliittisia ohjelmia erityisesti iäkkäiden ihmisten masennuksen osalta. Julkisen vallan (virkamiesten) ja asiantuntijoiden näkemysten ja tavoitteiden katsotaan heijastavan vallitsevaa ideaalitulaa eli käsityksiä siitä, miten iäkkäiden ihmisten mielenterveyskysymyksiä tulisi kohdata ja käsitellä. Masennus otettiin tarkastelun keskiöön, koska sitä pidetään iäkkäiden ihmisten yleisimpänä mielenterveysongelmana (esim. Kivelä 2009). Päihdepolitiikka jätettiin tarkastelusta sivuun, vaikka sitäkin ohjelmissa käsiteltiin. Tarkastelu tehtiin osana iäkkäiden ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen kohdistunutta tutkimus- ja kehittämishanketta (Pietilä ja Saarenheimo 2010).

Kansainvälisiä ja kotimaisia julkisen hallinnon mielenterveyspoliittisia ohjelmia etsittiin Internetistä ja julkaisujen lähdeluetteloista asiasanoilla iäkkäät/ikä(äntyneet)/vanhat ihmiset, vanhukset, mielenterveys ja masennus, englanniksi *older/elderly/aged people, mental health ja depression*. EU:n ja WHO:n ohjelmista oltiin kiinnostuneita suosituksina tai velvoitteina kansainväliselle yhteisölle. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjelmat kiinnostivat Suomen mielenterveyspolitiikan linjauksina. Aineisto koostettiin vuoden 2000 alusta vuoden 2009 maaliskuun loppuun mennessä julkaistuista suunnittelu- ja tavoiteohjelmista (N=23). Tarkastelun ajanjaksoksi valittiin 2000-luku, koska haluttiin kartoittaa nimenomaan ajankohtaisia virtauksia. Kansainvälisiä mielenterveyspolitiikan ohjelmia oli saatavilla

runsaasti, mutta 16 dokumentin koodauksen jälkeen aineisto kylläntyi, jolloin siihen ei tullut enää uutta sisältöä ja sen keruu lopetettiin. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjelmia aineistoon sisältyi seitsemän. (Lista ohjelmista taulukkona 1.) Ohjelmien ikääntyneiden mielenterveyttä koskeva sisältö koodattiin laadullisen aineiston käsittelyn NVivo -tietokoneohjelmalla teemoiksi, joita tarkasteltiin laadullisella sisällönanalyysillä. Kunkin teeman ydin kiteytettiin muutamaa oleellisimpaan asiaan.

Mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa mielenterveyskysymysten ajankohtaisuudelle sinänsä näyttäytyi kolmenlaisia syitä:

- Mielenterveysongelmat on havaittu kasvavaksi kansanterveydelliseksi ja -taloudelliseksi ratitteeksi.
- Tieto mielenterveysongelmista on lisääntynyt ja hoitokeinot kehittyneet.
- Kansainvälinen yhteistyö ja yhteiset linjaukset auttavat ja vaativat edistämään kansalaisten mielenterveyttä ja ehkäisemään ongelmia osana kansanterveysystyötä eri maissa.

EU:n mielenterveyspolitiikassa painottui erityisesti mielenterveysongelmien leimaavuuden ja masennuksen ehkäisy, WHO:n politiikassa taas palveluiden saatavuus kaikille. Esitetyt tavoitteet olivat kuitenkin niin yhteneviä asiakirjasta toiseen, että ohjelmia käsitellään seuraavassa pääasiassa yhtenäisenä aineistolähteenä vertailematta niitä keskenään.

IÄKKÄIDEN IHMISTEN HAAVOITUVUUS

Mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa käsiteltiin monipuolisesti eri-ikäisten ja erilaisissa tilanteissa olevien ihmisten mielenterveyskysymyksiä. Ongelmiin etsittiin ratkaisuja olemassa olevan tutkimustiedon ja käytännön kokemusten pohjalta. Iäkkäät ihmiset katsottiin yhdeksi mielenterveyden osalta erityisen haavoittuvaksi ryhmäksi, ja he ovat yksi EU:n mielenterveysystyön prioriteettiryhmistä (esim. European pact for... 2008). Toisaalta nuoremmat ihmiset sisältyvät muihin prioriteettiryhmiin ("nuoret ja koulutus" sekä "mielenterveys työpaikoilla").

Iäkkäiden ihmisten psyykkisen haavoittuvuuden syinä ohjelmissa näyttäytyivät ikääntymiseen liittyvät sosiaaliset, terveydelliset ja taloudelliset haasteet. Ohjelmien mukaan ikääntyvien ihmisten voi olla vaikea sopeutua siihen, että elämän rajat alkavat tulla monelta suunnalta vastaan, mistä voi aiheutua mielialaoireilua. Pitkäaikais-

Taulukko 1.

Mielenterveyspoliittiset ohjelmat 2000–3/2009 (N = 23)

Euroopan unioni (EU)

Actions against depression. Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. European Communities, 2004.

Azueta I, Katila-Nurkka U, Lehtinen V. (toim.) Mental health in Europe: New challenges, new opportunities. Report from a European Conference (Bilbao, Spain). Themes 3/2004.

Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V, Ozamiz A, Heede P van den, Zenziger K. Mental health promotion and prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders in Europe. Final report 2001–3. Dortmund, Berlin, Dresden 2004.

European pact for mental health and wellbeing. European Commission, 2008.

Integrating mental health promotion interventions into countries' policies, practice and mental health care system (the IMHPA Project) I. Final Report to the European Commission. DG SANCO/G 2005.

Jané-Llopis E, Gabilondo A. (toim.) Mental health in older people. Consensus paper. European Communities, Luxembourg 2008.

Jané-Llopis E. Joining forces across Europe for prevention and promotion in mental health. European network for mental health promotion and mental disorder prevention (IMHPA). 2007.

Jané-Llopis E, Anderson P. (toim.) Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. European Communities, Luxembourg 2006.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Radboud University, Nijmegen 2005.

Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (toim.) European mental health agenda: future perspectives. Seminar report. Themes from Finland 2/2001.

The state of mental health in the European Union. European Communities 2004.

Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Euroopan yhteisöjen komissio 2005.

Maailman terveysjärjestö (WHO)

Euroopan mielenterveysjulistus. Euroopan ministerikonferenssi mielenterveydestä. Haasteiden kohtaaminen ja ratkaisujen etsiminen. 2005.

Mental health global action programme: close the gap, dare to care. 2002.

Mielenterveystyön toimintasuunnitelma Euroopassa. Euroopan alueen ministerikonferenssi mielenterveydestä. Haasteiden kohtaaminen ja ratkaisujen etsiminen. 2005.

Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)

Immonen T, Kiikkala I, Ahonen J. (toim.) Mielekäs Elämä! -ohjelman loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8, Helsinki 2003.

Immonen T, Kiikkala I, Ahonen J. (toim.) Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 9, Helsinki 2003.

Kiikkala I, Immonen T. (toim.) Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, Helsinki 2002.

Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (toim.) Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17, Helsinki 2004.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3, Helsinki 2009.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantarayhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 9, Helsinki 2001.

Upanne M, Stengård E, Lohilahti M. Mielenterveystyön kehittäminen laatusuosituksen avulla. Menetelmäraportti, Aiheita 6, Stakes 2005.

ta mielenterveysongelmista, esimerkiksi kroonisesta masennuksesta, persoonallisuushäiriöistä tai skitsofreniasta kärsivien ihmisten problematiikkaan saattaa ikääntyessä ilmaantua fyysisten sairauksien kaltaisia uusia olottuvuuksia.

Ikääntymisen painottaminen kansainvälisissä mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa johtuneen ensisijaisesti väestön ikärakenteen muutoksesta ja pitkäikäisyyden yleistyisestä. Virkamiehet lienevät havahtuneet siihen, että ikäihmisiä ei ole tä-

hän mennessä liiemmin erikseen huomioitu mielenterveyden edistämisessä, ongelmien ehkäisyssä tai mielenterveyspalveluissa. Poliitiikan tekijät olivat liikkeellä ikäihmisten puolesta nyt erityisesti edistävässä ja ehkäisevässä mielessä, koska väestön ikääntymiseen ja odotukseen lisääntyvästä mielenterveyspalveluiden tarpeesta liittyy riski julkisten kustannusten kasvusta. Hyvinvointiyhteiskunnan tulisi myös pitää huolta haavoittuvista jäsenistään.

Mielenterveyspoliittisten ohjelmien sisältö teemoittui ikäihmisten osalta seuraaviksi aihepiireiksi:

- Mielenterveys voimavarana
- Mielenterveyspolitiikan linjaukset: edistäminen ja ehkäisy
- Mielenterveysongelmien esiintyvyys ja hoito: erityisesti masennus
- Mielenterveysongelmiin liittyvä leimaaminen ja syrjintä
- Mielenterveyspalvelut ja -kustannukset

Seuraavassa esitetään ja kommentoidaan katkelmia aineistosta. Suomennokset ovat kirjoittajien, ja sulkeissa olevat pisteet katkelman sisällä merkitsevät tarpeettomana poistettua tekstinosaa. Suomalaisia politiikkatavoitteita käsitellään erikseen EU- ja WHO -ohjelmien jälkeen.

MIELENTERVEYS VOIMAVARANA

Nykyisen positiivisen, ei-patologisoivan näkemyksen mukaisesti mielenterveys katsottiin useassa politiikkaohjelmassa monitasoiseksi voimavaraksi. Hyvä mielenterveys hahmottui sekä yksittäisten ihmisten että yhteiskuntien varannoksi, josta koitui molemmille tasoille paljon hyötyä, kuten oman paikan löytyminen maailmassa, mahdollisuuksien toteuttaminen, taloudellinen tuottavuus, yleinen hyvinvointi, hyvä elämänlaatu sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja koheesio. Mielenterveys voimavarana liittyi ohjelmissa myös laaja-alaiseen terveystietämiseen, jota kuvattiin esimerkiksi WHO -ohjelmassa seuraavasti:

”Esimerkiksi iäkkäillä ihmisillä on tapana määritellä terveys sisäisenä voimana ja kykyinä selviytyä elämän haasteista.” (Promoting mental health... 2004).

Iäkkäiden ihmisten terveystietäminen on ehkä elämäkokemuksen myötä laajentunut käsittämään myös henkisen hyvinvoinnin, kun he fyysisen kunnan sijaan määrittelevät terveyden sisäiseksi

voimaksi ja kyvyksi selviytyä elämän eteen heittämisestä haasteista. Kyse saattaa olla kognitiivista vanhenemista koskevassa tutkimuksessa usein esiin tuodusta iän mukana tulleesta kykenevyydestä suhteellista asioita ja määritellä uudelleen tavoitteita ja päämääriä tilanteessa, jossa etenkin fyysiset voimavarat vähenevät. Sama asiakirja linjasi hyvinvoinnin tai ”elämäntyytyväisyyden” kokonaisvaltaisuutta:

”Ikäihmisten terveyttä koskevissa tutkimuksissa fyysisen ja mielenterveyden keskinäisen yhteys tulee selvästi esiin. Esimerkiksi thaimaalaisten vanhusten arkielämän tapoja koskevissa tutkimustuloksissa näkyy hyvien ruokailutottumusten, säännöllisen liikunnan, terveystiedon, uskonnollisen toiminnan, hyvien ihmissuhteiden sekä hyvän taloussuunnittelun merkitys fyysiselle ja mielenterveydelle. Nämä yhdessä johtivat elämäntyytyväisyyteen.” (Promoting mental health... 2004).

Ihmisen fyysiseen ja mielenterveyteen vaikuttavat siten elämän eri alueet yhdessä. Mielenterveys ei ole kertaluontoisesti hankittu ominaisuus vaan vaihtelee tilanteen mukaan eri elementtien summana.

MIELENTERVEYSPOLITIIKAN LINJAUKSET: EDISTÄMINEN JA EHKÄISY

Mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa keskityttiin strategisille suunnitelmille tyypillisesti erityisesti linjaamaan tavoiteltavaa politiikkaa: mihin halutaan päästä, miksi ja miten? Vastauksena viimeiseen kysymykseen linjauksiin liittyi myös suosituksia palveluista.

Iäkkäiden ihmisten osalta ohjelmissa todettiin, että mielenterveyspolitiikan keskeinen tavoite on heidän elämänlaatussa ja hyvinvointinsa lisääminen. Nämä ovat yleisemminkin positiivisen ja edistävän mielenterveysnäkemyksen mukaisia tavoitteita: jos toimitaan ennakkoon laaja-alaisesti, ei tarvitse myöhemmin korjailla tilannetta raskailla palveluilla. Laaja-alainen mielenterveysnäkemys on paikallaan varsinkin iäkkäiden ihmisten kohdalla, joilla mielenterveyteen liittyy usein samanaikaisesti monenlaisia terveydellisiä ja elämäntilanteellisia tekijöitä. Toisaalta elämänlaadun ja hyvinvoinnin lisäämisen tavoitteet eivät aina käänny käytännöiksi, vaan ne voivat jäädä kauniiksi ajatuksiksi. Ohjelmissa tavoitteiden sisältöä konkretisoitiin erityisesti iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden estämiseksi ja sosiaali- osallisuudeksi.

Eräiden mielenterveysohjelmien mukaan kansanterveys Hankkeet ovat osoittaneet, että terveyttä edistäviä ja ongelmia ehkäiseviä toimia on mahdollista toteuttaa sekä tuloksellisesti että kustannustehokkaasti. Stengård ja kumppanit (2009) huomauttavat, että myös ehkäisevän mielenterveytyksen kustannustehokkuudesta ja vaikuttavien interventioiden kustannushyödytystä alkaa nykyisin olla kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. Stengård (2010) toteaa kuitenkin, että näyttö iäkkäiden ihmisten masennuksen ehkäisyn ja mielenterveyden edistämisen psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuudesta on ollut heikkoa. Forsmanin ja kumppanien (2010) meta-analyyssissä ikäihmisten masennuksen ehkäisyn tehokkaimpana tukimuotona näyttäytyi sosiaalinen toiminta.

Mielenterveyden edistämistä ja mielenterveysongelmien ehkäisyä EU-maissa kartoittaneessa raportissa (Jané-Llopis ja Anderson 2006) ikäihmisten mielenterveytyksen todettiin olevan kaiken kaikkiaan muita ikäryhmiä heikommissa kantoissa. Tosin esimerkiksi Portugalissa iäkkäille ihmisille oli muiden 'erityisryhmien' tavoin tehty oma mielenterveysohjelmansa, jonka mukaisesti heille oli tarjolla avo- ja laitoshoidtoa, kotikäyntejä ja asumispalveluita. Ranskassa oli panostettu ikäihmistenkin itsemurhien ehkäisyyn kouluttamalla terveydenhuollon henkilökuntaa ja Italiassa kehittämällä kriisipuhelinpalveluita. Irlannissa iäkkäitä ihmisiä innostettiin liikkumaan, ja Romaniassa heille pyrittiin luomaan sosiaalisia verkostoja myös mielenterveyden tueksi. Tällainen hyvien käytäntöjen kartoittaminen voi yhtäältä tuottaa painetta näyttää hyvältä toisten (EU-maiden) silmissä. Toisaalta esimerkiksi Suomen raporttiosuudessa todettiin ykskantaan, että meillä mielenterveysongelmien ehkäisyä harjoitetaan lähinnä lasten, nuorten ja työikäisten mutta ei juurikaan iäkkäiden ihmisten keskuudessa (Lavikainen ja Kiikkala 2006).

MIELENTERVEYSONGELMIEN ESIINTYVYYS JA HOITO: ERITYISESTI MASENNUS

Mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa ennakoitiin ikääntyneen väestön kasvun myötä erityisesti masennuksen ja muistisairauksien lisääntyvän, koska näitä pulmia pidettiin tyypillisinä ikääntyvälle mielelle. Niitä kuvattiin esimerkiksi EU -raportissa seuraavasti:

"Ikääntyvän väestön nopea kasvu [tuo] mukanaan joidenkin mielenterveysongelmien li-

sääntyneen riskin (esimerkiksi dementian ja masennuksen) (...) Terveyden sekä toiminta- ja kognitiivisten kykyjen menetysten lisäksi ikääntynyt väestö kokee herkemmin menetyksiä myös sosiaalisessa verkostossaan (...) ja asemassaan elämässä (...), mikä lisää mielenterveysongelmien ja itsemurhien riskiä." (Jané-Llopis ja Anderson 2005).

Katkelmassa muotoutui lähes vääjäämätön tulevaisuuden uhkakuva, jossa mielenterveysongelmat lisääntyvät väestön ikääntymisen myötä, koska siihen saattaa liittyä erilaisia menetyksiä. Menetykset eivät kuitenkaan väistämättä johda masennukseen tai muistisairauteen. Itse asiassa monilla iäkkäillä ihmisillä voi olla keskimääräistä enemmän joustavuutta vaikeiden elämäntapahatumien kohtaamisessa (esim. Aléx 2010).

Käsitys ikäihmisten masennuksen syistä ja ilmaantuvuudesta vaihteli hieman mielenterveyspoliittisesta ohjelmasta toiseen. Erityisen herkästi masennuksen katsottiin vaivaavan iäkkäitä ihmisiä, kun se nähtiin ikään kuin vanhenemisen väistämättömäksi osaksi. USA:n terveysinstituutti (Lebowitz ym. 1997) on kuitenkin korostanut aivomuutosten ja verisuonisairauksien merkitystä vanhuusiän masennuksen synnyssä, eivätkä nämä muutokset kohtaa kaikkia.

Masennus niputettiin politiikkaohjelmissa usein yhteen muistisairauksien kanssa ikään kuin samantyyppisiksi vanhuuden ongelmiksi. Ilmiänsä ne saattavat joiltain osin muistuttaa toisiaan, ja esimerkiksi kielteiset vaikutukset terveyteen, toimintakykyyn ja sosiaaliseen verkostoon ovat molemmissa yleisiä. Muistisairaudet ovat kuitenkin neuropsykiatrisia aivosairauksia, kun taas masennuksen taustalla voi olla niin sosiaalisia, psykologisia kuin fysiologisiakin syitä. Masennus saattaa tosin edesauttaa muistisairauden kehittymistä, ja myös muistisairas ihminen voi olla masentunut, mitä ei välttämättä tunnisteta sairauden takaa (Juva 2007).

Politiikkaohjelmissa iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmat näyttäytyivät useimmiten pohjimmiltaan sosiaalisina ja elämäntilanteellisina, lähinnä yksinäisyydestä tai tarpeettomuuden tunteesta johtuvina kysymyksinä. Epätoivon tunteen mainittiin voivan koetella erityisesti ikäihmisten mielenterveyttä, ja kaikista ikäryhmistä juuri iäkkäiden (miesten) huomautettiin tekevän suhteellisesti eniten itsemurhia EU:n alueella. (Taulukko 2.) Myös fyysisen toimintakyvyn vajaiden ja sairauksien katsottiin vaikuttavan oleellisesti iäkkäiden ihmisten mielenterveyteen. Var-

Taulukko 2.

Ikäihmistien keskeiset mielenterveysriskit tai -ongelmat ja ratkaisut politiikkaohjelmissa

Riski/ongelma	Ratkaisu
Yksinäisyys	Sosiaalinen osallistuminen, ystäväpalvelu
Masennus	Liikunta, sosiaalinen tuki
Epätoivo	Sosiaalinen osallisuus, osallistumismahdollisuudet
Syrjintä ja leimaaminen	Tieto, ihmisarvon ja -oikeuksien painottaminen
Itsemurha	Puhelin- ja kriisipalvelut

sinaisia psyykkisiä syitä ikäihmistien mielenterveysongelmille esitettiin sen sijaan harvoin.

Ikäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmat nähtiin siten pääasiassa heijastukseksi elämäntilanteesta. Tässä ollaan epäilemättä usein oikeassa, mutta näkemykseen saattaa kätkeytyä yksinkertaistus, jonka mukaan iäkkään ihmisen elämän keskeisimmät ongelmat ovat (aina) yksinäisyys ja/tai raihnaisuus. Ehkä tästä syystä politiikkaohjelmissakin ryhmä- ja vapaaehtoistoiminnan katsottiin usein riittävän ikäihmistien psyykkisen hyvinvoinnin vaalimiseen. Tavoitteellinen ryhmätoiminta voikin edistää tai tukea mielenterveyttä. Vakavammista ongelmista kärsiville tällainen toiminta ei kuitenkaan korvaa varsinaista hoitoa.

MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITTYVÄ LEIMAAMINEN JA SYRJINTÄ

Ikäkkäiden ja mielenterveysongelmaisten ihmisten leimaaminen tarpeettomiksi ja tuottamattomiksi yhteisössään sekä syrjintä palveluissa katsottiin ohjelmissa haasteiksi heidän mielenterveydelleen ja koko yhteiskunnalle. Mielenterveysongelmaisten ikäihmistien toiseutuminen on todellinen uhka, kun sitä aiheuttavat jo mielenterveysongelma tai ikä yksinäänkin, erityisesti taloudellisten arvojen korostuessa yhteiskunnassa. Ohjelmissa todettiin, että yleisten asenteiden tulisi muuttua sekä suvaitsevammiksi että kannustavammiksi siten, että ikäkkäiden ja mielenterveysongelmaisten ihmisarvo tunnustettaisiin ja he voisivat olla yhteisölleen myös hyödyllisiä.

Syrjinnän ja leimaamisen estämiseksi ohjelmissa ehdotettiin yleisen tietoisuuden lisäämistä mielenterveydestä väärinkäsitysten oikomiseksi sekä ikäkkäiden(kin) ihmisarvon ja -oikeuksien painottamista. Tällaisten valistuskampanjoiden vaikutus ihmisten asenteisiin mielenterveysongel-

mia kohtaan on kuitenkin huomattu vähäiseksi (esim. Corrigan ja Penn 1999). Asenteet mielenterveysongelmiin perustuvat usein ennakkoluuloihin sekä kielteisiin tunteisiin, kuten pelkoon, ahdistukseen ja torjuntaan (Link ym. 1999). Mielenterveysongelmien leimaavuuden vähentämiseksi tehokkaimmaksi on havaittu omakohtainen kontakti mielenterveysongelmaiseen ihmiseen (Aromaa ym. 2007).

MIELENTERVEYSPALVELUT JA -KUSTANNUKSET

Mielenterveyspoliittisissa ohjelmissa mielenterveysongelmiin esitettiin myös hoidollisia ratkaisuja esimerkiksi seuraavan EU -kannanoton tapaan:

”Masennustilat, jotka vaivaavat erityisesti ikäihmisiä, ovat klassinen esimerkki monialaisen terveyspolitiikan tarpeesta, joka ei rajoitu vain terveydenhuollon toimiin ahtaassa mielessä.” (Jané-Llopis ja Anderson 2006).

Masennuksen yleisesti ja ikäihmistien masennuksen hoidon (ja ehkäisyn) erityisesti katsottiin edellyttävän laaja-alaista, pelkän terveydenhuollon ylittävää lähestymistapaa. Varsinkin ikäihmistien masennuksen syyt ovat usein moninaiset ja tilanteeseen saattaa liittyä muita ongelmia, kuten fyysisiä sairauksia, toiminnan vajeita ja sosiaalisia pulmia. Tämänkaltainen monimutkaisuus ja epämääräisyys voivat vaikeuttaa myös hoitokeinojen valintaa. Erityisesti psykologisiin ja psykoterapeuttisiin hoitoihin ryhtymisessä näyttää olevan ikäihmistien kohdalla korkea kynnyks. Mielenterveystyön tilaa EU-maissa arvioivassa raportissa linjattiin haluttu suhtautuminen ikäihmistien mielenterveyspalveluihin seuraavasti:

”Jokaisen EU-maan tulisi kehittää erityisiä keinoja tuoda hoiva kaikkein huonoimmassa asemassa olevien ihmisten saataville ja tehdä tarkat suunnitelmat mielenterveyshoidosta ikäihmisille.” (State of mental... 2004).

Painotus hoivaan huono-osaisimmille sekä mielenterveyspalveluihin iäkkäille ihmisille voi johtua ikääntyneen väestön kasvusta sekä siitä, että he ovat vähiten hakeutuneet palveluiden piiriin tai niitä on suunnattu heille vähiten. Kysymys on myös yleisestä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ajatuksesta: heikoimpia on autettava, koska he eivät siihen itse pysty.

Useissa politiikkaohjelmissa mainittiin liikunta ikäkkäiden ihmisten masennuksen parhaaksi ehkäisy- ja hoitokeinoksi. Liikunnan merkityksessä mielialan säätelyssä onkin saatu hyviä tutki-

mustuloksia (esim. Barbour ja Blumenthal 2005, Latham ym. 2004). Myös sosiaalisuus ja osallisuus (esimerkiksi työ, opiskelu ja harrastukset) katsottiin ikäihmisten mielenterveysongelmien keskeisimmiksi ehkäisykeinoiksi. Sosiaalisen osallisuuden ja osallistumismahdollisuuksien katsottiin estävän erityisesti epätoivon tunteen kehittymistä. Iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä oli onnistuttu kohentamaan esimerkiksi interventioilla, joka käsitti sosiaalista tukea, voimaantumista yhteisössä ja terveellisen elämäntyylin omaksumista. Ikäihmisten yksinäisyyttä oli ehkäisty menestyksellisesti ystäväpalvelujen avulla. Itsemurhien ehkäisemiseksi ehdotettiin esimerkiksi puhelin- ja kriisipalveluiden kehittämistä edelleen. Esimerkit iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmien hyvistä hoitokäytännöistä tulivat usein kolmannen sektorin järjestöistä, joilta nykyisin ehkä entistä enemmän odotetaan apua julkisten palveluiden niukentuessa.

Mielenterveys ja sen tukeminen nähtiin politiikkaohjelmissa suuressa määrin myös taloudellisenä kysymyksenä: kansalaisten hyvä mielenterveys on yhteiskunnalle edullisempaa kuin huono. Seuraavassa EU-ohjelmassa asiaa tarkasteltiin masentuneiden ikäihmisten osalta:

”(...) masentuneiden ikäihmisten terveydenhoitokulut voivat olla 50 % suuremmat kuin ei-masentuneiden ikäihmisten. Hoivakotiin päädytään usein aiemmin ja kallista ammattiapua tarvitaan useammin.” (Actions against depression... 2004).

Koska masentuneiden iäkkäiden ihmisten terveydenhoito on masentumattomia ikätovereita kalliimpaa runsaamman palveluiden käytön vuoksi, olisi luontevaa pyrkiä ehkäisemään masennusta ennen kuin se asettuu taloksi. Hoitojen kehittämisessä ja palveluiden saatavuudessa on kysymys kustannustehokkuudesta:

”Kun päättäjät tietävät, että hoito on vaikuttavaa, he haluavat vastauksen toiseen kysymykseen: onko se kustannustehokasta? Toisin sanoen: saavutetaanko hoidolla parantuneet potilastulokset tai elämänlaatu hinnalla, joka kannattaa maksaa?” (Azuetan ym. 2004).

EU -ohjelmassa todetaan, että pelkkä mielenterveyshoidon tuloksellisuus tai inhimillinen hyöty eivät vielä riitä perusteiksi sen käyttöönotolle, vaan sen on oltava myös kustannustehokasta. Investoinnin tulee siis olla taloudellisesti riittävän kannattava. Byford ja kumppanit (2003) toteavat katsauksessaan, että aikuisten mielenterveyspal-

veluiden kustannustehokkuusarvioita on tehty edelleen liian vähän ja usein heikoin menetelmin. Azuetan ja muiden (2004) mukaan eri maissa tehtyjen kustannustehokkuustutkimusten tulosten yleistäminen on haasteellista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien eroista johtuen.

On paradigmaattisesti kiinnostavaa, että kustannustehokkuuden käsite ilmestyi suomalaisiin mielenterveyspoliittisiin suunnitelmiin vasta vuonna 2009 uuden mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toteuttamiseen liittyvien asiakirjojen myötä (Partanen ym. 2010, Stengård ym. 2009). Tätä ennen suomalaisen mielenterveystyön kustannustehokkuutta ei ilmeisesti ole katsottu tarpeelliseksi arvioida, vaikka kansainvälisesti arviointia onkin harjoitettu jo pidempään.

SUOMALAISTA IÄKKÄIDEN MIELENTERVEYSPOLITIikkaa

Suomen lähitulevaisuuden kannalta oleellisin mielenterveyspoliittinen dokumentti on helmikuussa 2009 julkistettu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sen pääteemoja ovat asiakkaan parempi asema, edistävä ja ehkäisevä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena perus- ja avopalveluissa. Iäkkäiden ihmisten osalta ohjelmassa todetaan, että heidän mielenterveys- ja päihdeongelmiensa ehkäisyyn tulee panostaa ja niiden hoitoa varhentaan sekä tehostaa muun muassa kehittämällä heille sopivia hoitomuotoja. Ongelmien ehkäisy- ja hoitokeinoiksi esitetään muun muassa mielenterveys- ja päihdetyön jalkautumista, ehkäiseviä kotikäyntejä, omaisten tukemista, henkilöstön perus- ja täydennyskoulutusta sekä koordinoitua yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Mielenterveyden edistämistä ei mainita erikseen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma jää ikäihmisten osalta varsin yleiselle tasolle, sillä siinä ei luonnehdita tarkemmin heidän mielenterveysongelmiensa ja niiden hoidon erityispiirteitä tai käsitellä heidän mielenterveytensä edistämistä. Suunnitelman toimeenpanoa ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö, sitä tukevat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sekä Työterveyslaitos, ja kunnat vastaavat suunnitelman toteuttamisesta. THL:n toteuttamissuunnitelmassakin kaavailaan kehitettävän ”ikäihmisten mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisen tunnistamisen menetelmiä ja tuloksellisia toimintakäytäntöjä vuoteen 2015 mennessä” (Wahlbeck ym. 2010), joten työ lienee aivan alussa. Toisaalta nyt mahdollistuu myös

iäkkäiden ihmisten itsensä kuuleminen kehittämistyössä, jos näin halutaan.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma perustuu pääosin tietoon ja kokemuksiin, jotka ovat karrtuneet laajoissa mielenterveyden edistämisen, hoidon ja koulutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeissa. Näistä Vantaan Sateenvarjo- sekä Pohjanmaa -hankkeissa kehitettiin myös ikääntyneiden mielenterveyspalveluita pääasiassa osana kotihoitoa. Eri puolilla maata on kokeilussa tai käytössä erilaisia ikäihmisten mielenterveystyön malleja, kuten Helsingin kotihoidon mielenterveystiimit ja Tampereen kotihoidon palveluohjaajatyöparit. Malleissa on ongelmansa, sillä jos palvelut sijoittuvat vain kotihoitoon, toiminta ei tavoita kaikkia tarvitsevia. Ulkopuolelle jäävät sellaiset kotihoidon piiriin kuulumattomat mutta mielialaongelmista kärsivät ihmiset, jotka hyötyisivät kevyistä ehkäisevistä toimista ja selviytyisivät näin (pidempään) ilman raskaita palveluita. Vanhustyön keskusliiton MielenMuutos -hankkeessa on kehitetty ja tutkittu ikäihmisten mielenterveystiimin mallia perusterveydenhuollossa, jonka piiriin valtaosa iäkkäistä jossakin vaiheessa tulee. Hankkeen tulokset raportoitiin helmikuussa 2011.

POHDINTAA

Julkisten politiikkalausumien tasolla mielenterveydestä vallitsee kansainvälinen yhteisymmärrys: psyykkistä hyvinvointia tulee edistää laajasti ja ongelmia ehkäistä varhain sekä hoitaa perusterveydenhuollossa avopalveluin, koska mielenterveysongelmat kuormittavat sekä niistä kärsivää ihmistä että julkista palvelujärjestelmää ja kansantaloutta. Psyykkisestä hyvinvoinnista hyötyvät siten kaikki. Katsauksessa tarkastellut mielenterveyspoliittiset ohjelmat olivat eräänlaisia kansalaisten oikeuksien julistuksia ja/tai perustuivat tutkitusti käytäntöjen nykytilanteelle selvittäen, mikä niissä oli hyvää ja mikä kaipasi muutosta. Ohjelmat kattoivat laajan alueen mielenterveyspolitiikkaa mielenterveyden edistämisestä ja ongelmien ehkäisystä häiriöiden hoitoon ja palvelujärjestelmään. Muutoksen osalta ohjelmissa visioitiin parempaa huomispäivää, mikä tarkoitti esimerkiksi senhetkistä parempia ja kattavampia palveluita tarvisijoille sekä vähäisempää leimautumista. Tavoitteena oli usein myös resurssien tarkempi hyödyntäminen kustannus- tai muista syistä esimerkiksi työn uudelleenorganisoinnilla.

Ikäihmisten mielenterveyskysymyksillä oli keskeinen paikka kansainvälisessä mielenterveyspoliittisessa keskustelussa, ja suomalaisessakin keskustelussa paikka oli hahmottumassa. Mielenterveyspoliittisissa kannanotoissa ikäihmisistä puhuttiin tärkeänä painopisteryhmänä. Tavoitteiden ja todellisuuden välillä on kuitenkin kuilu, sillä esimerkiksi mielenterveyspalveluissa ikäihmiset näyttävät sijoittuvan edelleen marginaaliin (esim. Tai-Seale ym. 2007, Kivelä 2006, Lee 2006). Tässä lienee kyse mielenterveyspalveluiden riittämättömyydestä ylipäänsä, mutta myös valinnoista taloudellisessa päätöksenteossa; on niin monta tarvetta ja niin vähän rahaa. Kunnissa hyvien tavoitteiden ja käytännön välimatka voi olla suuri, kun tehtyjä päätöksiä perustellaan yleensä talousnäkökohdilla eikä parhailla käytännöillä (Pietilä ja Saarenheimo 2010).

Mielenterveyspoliittisten ohjelmien hyvät tavoitteet iäkkäiden ihmisten psyykkisen haavoittuvuuden huomioimisesta ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä palveluiden saatavuudesta odottavat siten vielä toteutumistaan julkisen palvelujärjestelmän piirissä. Mielenterveyden edistämistä ei ole täysin mielletty oleelliseksi myös ikäihmisten kanssa toimittaessa. Mielenterveyspalveluita ei ole riittävästi saatavissa eikä mielenterveysosaaminen ole tarpeeksi kattavaa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) innoittamana onkin nyt hyvä ryhtyä poistamaan näitä epäkohtia. Ohjelmienhan tulee olla mahdollisimman konkreettisia tienviittoja tulevaan ja luoda yhteistä tahtoa muutosten toteuttamiselle. Jos hyviä tavoitteita ei todellisesta tahdosta huolimatta saada toteutettua, politiikkaohjelmat jäävät teoreettisiksi. Toteutuminen voi estyä esimerkiksi, jos kukaan ei ole velvollinen sitä seuraamaan.

Ikäihmisten(kin) psyykkistä hyvinvointia voidaan edistää sekä mielenterveyden ongelmia ehkäistä ja hoitaa monin keinoin. Mahdollisuuksien hyödyntämisen ehtoja ovat yhtäläisen ihmisarvon tunnustaminen kaikkina ikäkausina, psyykkisen hyvinvoinnin edistämisen keskeisyys, ikäihmisten mielenterveysongelmien monimutkaisuutta koskevien virhekkäisyyksien oikaiseminen, yhtäläinen oikeus palveluihin, yhteistyön kehittäminen sekä iäkkäidenkin ihmisten mielenterveystyön kehittämisen näkeminen investointina tulevaisuuteen. Yhtäältä tarvitaan muutosta ikäihmisten mielenterveyttä vähätteleviin asenteisiin ja toisaalta panostusta palvelujärjestelmän osaamiseen ja yhteistyöhön myös poliittisin päätöksin.

The article explores understandings of, and policy objectives for, older people's mental health issues, particularly depression, in international (WHO and EU) and Finnish mental health policy programmes (N = 23). In the international policy programmes, older people occupy a significant position for being understood as a vulnerable target group particularly for prevention, detection and treatment of depression. In the Finnish pro-

grammes, older people are only starting to emerge. The carefully based and well-meaning objectives of mental health promotion, problem prevention, and treatment are yet far from being reached in practice, since older people still tend to be marginalized, for example, in mental health services. In the article, programmes are scrutinized critically for their relationship to reality.

KIRJALLISUUS

- Actions against depression. Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. European Communities 2004.
- Aléx L. Resilience among very old men and women. *Journal of Research in Nursing* 2010;15:419–31.
- Aromaa E, Tuulari J, Herberts K, Wahlbeck K. Pohjalaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen. *Suomen lääkärilehti* 2007;8:788–9.
- Azueta I, Katila-Nurkka U, Lehtinen V. (toim.) Mental health in Europe: New challenges, new opportunities. Report from a European Conference (Bilbao, Spain). Themes 3/2004.
- Barbour KA, Blumenthal JA. Exercise training and depression in older adults. *Neurobiol Aging* 2005;26(Suppl 1):119–23.
- Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health* 2002;6(4):315–24.
- Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ, Jagoda DR, Weber C. Major depression in elderly home health care patients. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1367–74.
- Byford S, McCrone P, Barrett B. Developments in the quantity and quality of economic evaluations in mental health. *Current Opinion in Psychiatry* 2003;16:703–7.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psych* 1999;54(9):765–76.
- Depression käypä hoito -suositus. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>. [Julkaistu 4.7.2009, luettu 21.10.2009]
- Eskola J, Karila A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita, Helsinki 2007.
- European pact for mental health and wellbeing. WHO Europe 2008.
- Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health* [Julkaistu 8.10.2010, luettu 20.10.2010]
- Friedli L. From the margins to the mainstream: the public health potential of mental health promotion. *Journal of Public Mental Health* 1999;1(2):30–6.
- Funk M, Saraceno B. Mental health policy, plans and programmes (updated version). WHO 2004.
- Gatz M, Smyer M. Mental health and aging at the outset of the twenty-first century. Teoksessa Birren JĒ, Schaie KW. (toim.) Handbook of the psychology of aging, 5th edition. Academic Press 2001.
- Goldman HH, Glied SY, Alegria M. Mental health in the mainstream of public policy: Research issues and opportunities. *Am J Psychiatry* 2008;165(9):1099–101.
- Hallitusohjelma. Pääministeri Matti Vanhasen 2. hallituksen ohjelma. Edita, Helsinki 2007.
- Helén I. "Mielenterveyden" läpimurto Suomessa. Esitelmä Mielen ja terveyden nykyisyyden historia -seminaarissa 18.3.2005, Tampere.
- Jané-Llopis E, Anderson P. (toim.) Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. European Communities, Luxembourg 2006.
- Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Radboud University, Nijmegen 2005.
- Jenkins R. Supporting governments and policy makers on mental health policy. *World Psychiatry* 2003;2(1):14–9.
- Juva K. Dementia ja depressio. *Duodecim* 2007;123:1231–7.
- Kansallinen mielenterveys- ja päihdetyön työsuunnitelma. <http://info.stakes.fi/nr/rdonlyres/392de4ac-f796-4b04-a0b3-a8418a6a4a01/0/mielenterveysjapaihdyntoyosuunnitelma.pdf>. 2007. [Luettu 18.8.10]
- Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:4, Helsinki.

- Kivelä S-L. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Kirjapaja, Helsinki 2009.
- Kivelä S-L. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.
- Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe. The future direction of mental health care. Open University Press, WHO 2007.
- Kokko M. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto 1999.
- Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B, 14/2008.
- Latham NK, Bennett DA, Stretton CM, Anderson CS. Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:48–61.
- Lavikainen J, Kiikkala I. Finland. Teoksessa Jané-Llopis E, Anderson P. (toim.) Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. European Communities, Luxembourg 2006.
- Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association* 1997;278(14):1186–90.
- Lee M. Promoting mental health and well-being in later life. Age Concern/Mental Health Foundation, UK 2006. <http://www.mhilli.org> [Luettu 5.9.2010]
- Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A, Pescolido B. Public concepts of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999;89(9):1328–33.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3.
- Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 16. Yliopistopaino, Helsinki 2010.
- Pietilä M, Saarenheimo M. Ikäihmisten mielenterveys: julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 1. Vanhustyön keskusliitto. Newprint, Loimaa 2010.
- Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. WHO 2004.
- Solin P, Lehto J. Betting on a different horse: a qualitative analysis of mental health in health promotion policies. *Journal of Mental Health Promotion* 2004. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4122/is_200409/ai_n9465379/?tag=content;col1. [Julkaistu 9.1.2004, luettu 30.8.2010]
- State of mental health in the European Union. European Communities 2004.
- Stengård E. Key principles for mental health promotion and mental disorder prevention in older people: ProMenPol and DataPrev projects. Esitelmä Mental health and well-being in older people- Making it happen -konferenssissa 28.6.2010, Madrid.
- Stengård E, Savolainen M, Sipilä M, Nordling E. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Gummerus, Jyväskylä 2009.
- Stenvall J, Syväjärvi A. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjauksen kuntien hyvinvointitehtävissä. Valtiovarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 3. Edita, Helsinki 2006.
- Taipale V. Mielenterveyspolitiikka nousee innovaatiopolitiikan ytimeen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008;73(3):310–8.
- Taipale V. Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996: 20.
- Tai-Seale M, McGuire T, Colenda C, Rosen D, Cook MA. Two-minute mental health care for elderly patients: inside primary care visits. *Journal of the American Geriatrics Society* 2007;55:1903–11.
- Terveydenhuollon miljoonaprojektit eivät ole täyttäneet tavoitteita. Helsingin Sanomat 4.4.2008.
- Virtanen P, Lähteenmäki-Smith K, Toivanen M, Terävä E, Ritakallio V-M, Paasivaara L, Suhonen M. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2979-1>.
- Wahlbeck K, Moring J, Nevalainen V, Nordling E, Partanen A, Vuorenmaa M, Bergman V. THL:n toimeenpanosuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009–2015. Toimenpiteet 2009-2010. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/75B5C1A5-105F-49E0-991A-B9C5C80A9452/0/Mieli2009_toimeenpanosuunnitelmaTHL.pdf [Julkaistu 4.3.2010, luettu 1.10.10]
- World health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. WHO 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. [Luettu 31.8.2010]
- Zarit SH, Zarit JM. Mental disorders in older adults. Guilford, New York 2007.

MINNA PIETILÄ

PbD

Vanhustyön keskusliitto

MARJA SAARENHEIMO

FT

Vanhustyön keskusliitto