

Jukka Aaltonen



Ihmis- ja perusoikeudet ja mielenterveysstrategia – mahdoton yhtälö?

Olen jossakin määrin pohtinut maalaustaiteen omakuvia ja peilejä. Tämän kolumnin piti jatkaa pohdintaa, miten mikäkin peili vääristää kuvaa peiliin katsojasta. Mutta ei. Niin kuin ystäväni Franz Kafka tuli sanoneeksi: oikea tie on nuora, joka on asetettu lähelle maan pintaa luultavasti siksi, että siihen kompastuisi eikä siksi, että kulkisi sitä pitkin.

Minä kompastuin kahteen tekstiin: sosiaali- ja terveysministeriön 11. helmikuuta 2020 julkaisuun *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030* ja Karoliina Ahosen väitöskirjaan *Suomalainen mielenterveyspolitiikka – Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi*. Näihin minä siis kompastuin tai ainakin olin kompastua, koska kumpikin dokumentti peilaa myös minun oman toimintani perusteita psykoterapian tutkijana, psykoterapeutina ja psykoterapiakoulutusten pitkäaikaisena asiantuntijatyöryhmien jäsenenä.

1. Karoliina Ahosen väitöskirja: mielenterveyden häiriöön sairastuneen ihmisoikeudet

Karoliina Ahonen väitteli tammikuussa 2020 Helsingin yliopiston teologisessa tiedekunnas-

sa hyvin mielenkiintoisesta aiheesta: mitä on ja on ollut suomalainen mielenterveyspolitiikka ja mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeudet. Hän on tutkinut suomalaisen mielenterveyspolitiikan sisältöä 1970-luvulta nykypäivään, erityisesti mielisairaaloiden lakkauttamisen jälkeen. Hän on myös selvittänyt, miten julkinen valta on onnistunut turvaamaan kansalaisten perus- ja ihmisoikeudet mielenterveystyötä ohjatessaan.

Ahosen teesit ovat ravistelevia. Ne pakottavat myös psykoterapeutit miettimään oman toimintansa eettisiä ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia. Hän kiteyttää tulokset seuraaviksi:

1. Ensimmäisissä mielenterveyspolitiikkaa ohjaavissa asiakirjoissa käytetään vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamista kuvaavia käsitteitä, oikeudet asetetaan tavoitteeksi ja muotoillaan keinoja niiden takaamiseksi. Seuraavilla vuosikymmenillä muotoilluissa asiakirjoissa tällaisia tavoitteita ei enää aseteta.

2. Mielenterveyspolitiikan painopiste siirtyi vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksien turvaamisesta koko väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallintaan.

3. Suomalainen mielenterveyspolitiikka on terveyden edistämiseen, ennaltaehkäise-

seen ja hoidon kehittämiseen keskittyvää hyvinvointivaltion politiikkaa. Koska tavoitteet ovat olleet laajat ja luonteeltaan abstraktit, tehokkaan poliittisen ohjauksen muotoileminen niiden saavuttamiseksi on ollut mahdotonta.

4. Vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksia ei ole onnistuttu turvaamaan palvelujärjestelmään keskittyneen kehittämistyön avulla. Kehittämistyössä käytettyjen asiakirjojen käsitteet ja niihin sidoksissa olevat paradigmat ovat pikemminkin suunnanneet huomiota pois ihmis- ja perusoikeuksien toteutumisen kannalta tärkeistä kysymyksistä.

5. Hyvinvoinnin ja ennaltaehkäisemisen eetos on ohjannut huomiota pois vakavasti sairaiden aseman kohentamisesta. Julkisen vallan määrittelemän hyvän elämän ja palvelujärjestelmän kehittämiseen keskittyneen mielenterveystyön ohjauksen vaikutuksesta vakavasti sairaita ihmiset unohtuivat avohoidon näennäisosallisuutta tuottaviin palveluun.

Väitöstutkimus on hyvin perusteellinen Suomen mielenterveyspolitiikan erilaisten vaiheitten kriittinen analyysi. Siitä olisi paljon opittavaa yleisen mielenterveyspolitiikan suunnittelussa ja käytännössä. Mutta pitäisin hyvin tärkeänä myös sitä, että tutkimus tuo psykoterapian perusteelliseen hahmottamiseen tärkeitä yhteiskuntaeettisiä ulottuvuuksia. Sellaisia, jotka ovat pyrkineet unohtumaan tai jotka on aktiivisesti torjuttu.

2. Sosiaali- ja terveysministeriö: kansallinen mielenterveysstrategia

Sattumalta muutama päivä Ahosen väitöskirjan lukemisen jälkeen huomaa sosiaali- ja terveysministeriön nyt helmikuussa julkaisseen mietinnön *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030*. Miten se vertautuu Ahosen tutkimukseen? Nehän näyttäisivät otsikoista päätellen käsittelevän samaa asiaa. STM:n julkaisun lähtökohtana ja tavoitteena on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomioiminen yhteiskunnassa ja sen eri toimialoilla ja tasoilla.

Näin mietintö kiteyttää ehdotuksensa siitä, miten mielenterveysstrategioitten tavoitteet saavutetaan:

1. Tunnistetaan, missä ammattiryhmissä, ihmisryhmissä ja yhteisöissä mielenterveysosaamista ja -taitoja erityisesti tarvitaan, ja lisätään osaamista näissä ryhmissä. Ammattiryhmistä tämä koskee sellaisia työtehtäviä, joissa on keskeistä tiivis vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa.

2. Lisätään mielenterveysosaamista ja -taitoja varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja oppilaitoksissa sekä erilaisin hankkein että opetussuunnitelmia kehittämällä.

3. Lisätään koulutusten ja ohjelmityön 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 ohjelmityön 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 tähtäävät yksinäisyyden vähentämiseen, yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen. Toiminnassa voi olla mukana esimerkiksi kirjastoja, kouluja, palvelutaloja, alueen asukastoiminta, 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 moderoinnin lisäämistä vahingollisten sisältöjen tunnistamiseksi ja poistamiseksi.

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

8. Varmistetaan lainsäädännön ja rahoituksen tuki kunnille ja muille julkisille toimijoille, jotta ne voivat edistää mielenterveyttä ja vä-

hentää riippuvuuksien ja päihteiden 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 kehitystointointaa, jonka tavoitteena on selvittää, miten yhteiskunnan ja ympäristön muutoksissa mielenterveyspääomasta pidetään huolta.

Tärkeitä tavoitteita, mutta:

3. Ja mihin kompastuin?

Kopioin kummatkin luettelot taulukko-ohjelmalla vierekkäisiin sarakkeisiin, jolloin oli kätevää verrata niitä kohta kohdalta toisiinsa. Kaikki siis mitä myönteisimpiä tavoitteita.

Näitä listoja ja erityisesti STM:n raporttia lukiessa säilyy kuitenkin jotenkin outo tunne: ikään kuin kaipaisi jotain, joka kaikkea ajattelutavissa olevaa hyvää (mutta monen elämästä puuttuvaa) tarjoavasta mietinnöstä puuttuu mutta on suolana Ahosen listassa.

Kunnes huomaa: STM:n raportissa ei sanalakaan viitata psykoterapiaan! Lisäksi nämä teos sanat ”tunnistetaan”, ”lisätään”, ”varmistetaan”, ”puututaan”; ja kaikki tämä lähinnä ”työelämän” tarpeitten ja organisaation näkökulmasta, ei sairaitten näkökulmasta. Siis toteutus suunta on se, että hoitava taho määrittelee, mitä potentiaalinen sairas tarvitsee, useimmiten: jotta tuottavuus varmistuu.

Mutta eikö juuri näin pidäkin olla? Eihän sairas läheskään aina tiedä, mitä hänen sairautensa hoito edellyttää, tai mitä tuotanto edellyttää, siis mitä hän tarvitsee. Ristiriita syntyy oman elämän hallintaan viittaavasta sanasta ”asiakas”, jota myös strategiaraportissa sairasta ihmisistä käytetään. Ahonen avaa asiakas-käsitteen näkymän näin:

”Asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta ja omatoimisuutta, mutta samalla hänen odotetaan sopeutuvan viranomaiskäytäntöihin ja toimenpiteisiin. Potilas, jonka taakkana on kroonisen sairauden hallinta, joutuu olemaan aktiivisempi suhteessa palvelujärjestelmään

kuin sellainen, joka vain pistäytyy palveluissa jonkin yksittäisen toimenpiteen vuoksi, puhumattakaan ihmisestä, joka keskittyy pitämään terveydestään huolta ennaltaehkäisevästi. Tilanne johtaa kiinnostavaan ristiriitaan, koska mitä vaikeammin ja parantumattomasti joku on sairastunut tai vammautunut sitä suurempaa aktiivisuutta järjestelmä odottaa häneltä. Aktiivisuuden toteuttaminen omien tarpeiden vastaavalla intensiteetillä voi kuitenkin johtaa normipoikkeamaan järjestelmän silmissä, koska aktiivinen asiakkuus yhdistetään usein vaatavuuteen, haastavuuteen ja hankaluuteen. Tällainen potilas leimautuu helposti.”

Vaikka sinänsä voi yhtyä siihen, että mielenterveyshoidon painopiste on siirtynyt koko väestön mielenterveyden ja hyvinvoinnin hallintaan, se on samalla yllättäen luonut uhan vaikeimpien häiriöitten hoidon muuttumisesta toissijaiseksi. Tähän viittaa se, että erityisesti psykoosipotilaitten kuolleisuus ja fyysinen sairastavuus on muuta väestöä olennaisesti suurempaa; myös eri sairaanhoitopiirien välillä on psykoosipotilaitten vastentahtoisen hoidon ja pakkotoimien (sitominen, eristys, pakkolääkitys) erittäin suuria eroja. Samanaikaisesti alueen muuta mielenterveyshoitoa saatetaan pitää esikuvallisena. On syntynyt tai synnytetty vakavaa hoidon eriarvoistumista; psykoterapeutti saattaisi käyttää nimitystä halkominen (ks. Aaltonen 2018), mutta häneltä ei kysytä.

Tietysti voi ajatella, että myös työelämä kuuluu perusoikeuksiin kuten STM:n muistio toteaa. Mutta juuri se, ettei muistiossa mainita vakavasti sairaitten perusoikeuksia ollenkaan, on vakava puute. Ahonen toteaa lisäksi, että tämä painotuksen puute mielenterveys suunnitelmassa on syntynyt vasta viime aikoina. Vielä esimerkiksi 1970-luvulla se oli mielenterveys suunnitelmissa julkisanottuna.

Jos on nähnyt tai tietää joidenkin pitkäänkin asumispalveluissa asuneitten sairastaneitten tilanteen, sana ”asiakas” saa irvokkaan sisällön. Asumispalvelujen Musta laatikko -tutkimushankkeessa huomattiin vuonna 2018, että asumispalveluyksiköistä oli muodostunut uudenlaisia laitoksia, joissa esiintyi runsaasti epäkohtia asukkaiden ihmis- ja perusoikeuksien näkökulmasta. Yhtenä havaintona oli muun

muassa se, että asumisyksiköissä asuvat mielenterveyskuntoutujat eivät saaneet riittävästi hoitoa fyysisiin sairauksiinsa. Tämä johti usein ennen aikaisiin kuolemiin. Lisäksi on huomattu muun muassa, että asumispalveluissa käytetään runsaasti tahdonvastaisia toimenpiteitä, vaikka niiden käyttäminen olisi lain mukaan sallittua vain sairaaloissa.

Voi miltei sanoa, että jos mielenterveyshoitoon hakeutuva on ”asiakas”, hän ei ehkä tarvitse hoitoa. No, ehkä nyt sanoin epäinhimillisesti. Mutta mielenterveysstrategioita soisi suunniteltavan heikoimman tarpeista käsin. Ahonen kuitenkin osoittaa, että suomalainen mielenterveyspolitiikka on ollut sellaista terveyden edistämiseen, ennaltaehkäisemiseen ja hoidon kehittämiseen keskittyvää politiikkaa, jossa vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksia ei ole onnistuttu turvaamaan palvelujärjestelmään keskittyneen kehittämistyön avulla. Palvelujärjestelmää on kehitetty kyvykääille ja aktiivisille kansalaisille.

”Vakavasti sairaat eivät ole pystyneet hyödyntämään tällaista järjestelmää. --- Vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneen kansalaisen kyvyt tai toimintavalmiudet eivät kuitenkaan riitä asiakkuuden ja kuluttajuuden toteuttamiseen, koska mielen sairaudet heikentävät nimenomaan ihmisen toimijuutta. --- Kaikilla ei ole kykyjä, voimavaroja tai taitoa osallistua omaan hoitoonsa. On relevanttia kysyä, edustavatko aktiiviset ja pystyvät palveluiden käyttäjät myös näiden hiljaisten asiakkaiden näkemyksiä palvelujärjestelmän kehittämisestä.”

Lisäksi Ahonen jatkaa ongelmaksi muodostuvan myös, että kaikki eivät halua olla osallisia, ja osallistumisen velvoite voi sinänsä muodostua painotaakaksi.

Kaike tämän jälkeen ei voi olla olematta samaa mieltä Ahosen kanssa: vakavasti sairaiden ihmis- ja perusoikeuksia ei ole onnistuttu

turvaamaan palvelujärjestelmää kehitettäessä. Ja vielä rajummin: hoitoa odottavien lievien ja keskivaikeitten mielenterveyshäiriöitten lisääntyminen saattaa jopa olla yhteydessä siihen, että vaikeista häiriöistä kärsivät on hylätty. Sairaat etsivät vielä sairaampia, ollakseen läsnä. On mahdollista, että ihmisten elämän määrittävämmäksi tekijäksi tulee avuttomuus. Jotta voisi hoitaa lieviä häiriöitä, on hoidettava vaikeimmat: se heijastuu muittenkin hoidon tarpeen vähenemiseen.

Kirjallisuutta

Aaltonen, Jukka (2018). Eriarvoisuus ja sote. Psykoterapia, 37(2), 160–163.

Ahonen, Karoliina (2019). Suomalainen mielenterveyspolitiikka – Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Haettu osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/307820>

Kafka, Franz (1918/2012). Tuberkuloosifragmentit. Suom. Ville-Juhani Sutinen. Turku: Savukeidas.

Salo, Markku (2019). Hullut mielenterveysmarkkinat: Kuinka korjata kurjistuneet mielenterveyspalvelut? Tampere: Vastapaino.

Tammi, Tuukka (2018, 11. toukokuuta). Jakautuuko Suomi?, osa 11: Yhteiskunnan näkymättömät pääsivät otsikoihin. Haettu osoitteesta: <https://koneensaatio.fi/jakautuuko-suomi-osa-10-yhteiskunnan-nakymattomat-paasivat-otsikoihin/>

Vorma, Helena; Rotko, Tuulia; Larivaara, Meri & Kosloff, Anu. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Haettu osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053>