

# **YK:n erityisraportoijan selvitys**

## **Jokaisen oikeudesta nauttia korkeinta mahdollista fyysistä ja psyykkistä hyvinvoinnin tasoa**

YK:n Ihmisoikeusneuvoston päätöksen 24/6 nojalla sihteeristöllä on kunnia siirtää neuvostolle YK:n erityisraportoijan selvitys *Jokaisen oikeudesta nauttia korkeinta mahdollista fyysistä ja psyykkistä hyvinvoinnin tasoa*. Pyrkimään vaikuttamaan keskusteluun mielenterveydestä globaalina terveysprioriteettina, erityisraportoija keskittyy jokaiselle kuuluvaan oikeuteen: mielenterveyteen ja tähän liittyviin ydinhaasteisiin sekä mahdollisuuksiin, vaatien mielenterveyden huomioon ottamista kaikissa ikäluokissa ja konteksteissa.

Hän vaatii myös paradigman muutosta, sillä toistuvat mielenterveyteen liittyvät ihmisoikeusloukkaukset vaikuttavat liian usein juuri niihin henkilöihin, jotka henkisesti, kognitiivisista ja psykologisista syistä johtuen ovat kykenemättömiä puolustautumaan. Erityisraportoija antaa raportissa useita suosituksia valtioille ja sidosryhmille, jotta yhteiskunnassa voitaisiin siirtyä kohti ihmisoikeuksille rakentuvaa sekä oikeuksien kanssa yhteensopivaa mielenterveydenhuoltojärjestelmää.

## Sisällys

I. Johdanto .....	3
II. Konteksti .....	3
III. Esteiden aiheuttama maailmanlaajuinen rasite .....	5
A. Biolääketieteellisen mallin dominanssi .....	5
B. Voimasuhteiden asymmetria (epätasapaino) .....	6
C. Todisteiden puolueellinen käyttö mielenterveyden kysymyksissä .....	7
IV. Kehittyvä mielenterveyden normatiivinen kehys .....	7
V. Mielenterveysoikeuden kehys .....	9
A. Velvollisuudet .....	9
B. Kansainvälinen yhteistyö .....	9
C. Osallistuminen .....	10
D. Syrjimättömyys .....	10
E. Vastuullisuus .....	11
F. Kohti hoitoa ja tukea mielenterveyspalveluissa .....	11
G. Tietoinen suostumus ja pakko .....	13
H. Sosiaaliset tekijät mielenterveyden taustalla .....	14
VI. Paradigman muutos .....	15
A. Ihmisoikeuksien välttämättömyys mielenterveyden edistämässä ja sen häiriöiden ehkäisyssä .....	15
B. Hoito: Eristäytymisestä yhteisöllisyyteen .....	16
VII. Johtopäätökset ja suositukset .....	17
A. Johtopäätökset .....	17
B. Suositukset .....	18

## I. Johdanto

1. Mielen terveys ja emotionaalinen hyvinvointi ovat YK:n erityisraporttien painopistealueita (Kts. A/HRC/29/33). Jokaisessa temaattisessa raportissaan erityisraportti on pyrkinyt tuomaan esille mielen terveyden ihmisoikeutena sekä kehityksen painopistealueena lapsuuden kehitysvaiheiden (Kts. A/70/213), nuoruuden (Kts. A/HRC/32/32) sekä kestävä kehityksen tavoitteiden (Kts. A/71/304) osalta.
2. Tässä kyseessä olevassa selvityksessä erityisraportti käsittelee aihetta laajemmin tarjoten johdatuksen tiettyihin, mielen terveyden alalle ominaisiin ydinhaasteisiin sekä mahdollisuuksiin edistää ymmärrystä mielen terveydestä jokaiselle kuuluvana oikeutena. Aiheen laajuuden ja kompleksisuuden, ihmisoikeuksien kehitystyön ja niiden luoman todistepohjan johdosta erityisraportti pyrkii osallistumaan tähän tärkeään keskusteluun mielen terveysongelmien noustua maailmanlaajuisiksi terveysprioriteetiksi.
3. Tämä selvitys on syntynyt laajan yhteistyöprosessin tuloksena, jonka aikana on konsultoitu useita sidosryhmiä, kuten vammaisyhteisöjen edustajia, mielen terveyspalvelujen entisiä ja nykyisiä käyttäjiä, yhteiskunnan edustajia, mielen terveyspalveluiden tarjoajia, sisältäen psykiatrisen yhteisön ja maailman terveysjärjestön (WHO) edustajia, akateemisia asiantuntijoita, YK:n ihmisoikeusjärjestelmän jäseniä sekä jäsenvaltioiden edustajia.
4. Ihminen tarvitsee läpi elämänsä ympäristön, joka tukee mielen terveyttä ja hyvinvointia. Jokainen meistä on siis potentiaalinen mielen terveyspalvelujen käyttäjä. Monet kokevat elämänsä aikana satunnaisia ja lyhytaikaisia psykososiaalisia vaikeuksia tai ahdinkoa, jotka vaativat lisätukea. Jotkut omaavat henkisiä, kognitiivisia tai psykososiaalisia vajavaisuuksia ja toiset taas saattavat kuulua autismin kirjoon. Nämä ihmiset, itsetuntemuksestaan tai diagnoosistaan huolimatta, saattavat kohdata esteitä oikeuksiensa toteutumiseen todellisen tai oletetun vajaakuntoisuutensa perusteella. He ovat myös suhteettomalla tavalla alttiita mielen terveyden kontekstissa tapahtuville ihmisoikeusloukkauksille. Useilla saattaa myös olla mielen terveyteen liittyvä diagnoosi tai he saattavat samaistua tiettyyn määreeseen, kun toiset taas luonnehtivat itseään muilla tavoin, kuten *selviytyjänä*.
5. Tämä selvitys erottelee toisistaan mielen terveyspalveluiden muut käyttäjät ja vajaakykyiset, huomioiden erityiset esteet, joita viimeksi mainitut kohtaavat, todeten kuitenkin *jokaisen* olevan oikeudenhaltija.

## II. Konteksti

6. Terveyttä ei voi olla ilman mielen terveyttä. Vaikka tästä väitteestä on selkeää todistusaineistoa, mielen terveydellä ei ole fyysisen terveyden kaltaista asemaa missään päin maailmaa: ei kansallisen politiikan tai budjettien tasolla, eikä lääketieteellisessä koulutuksessa tai kliinisessä käytännössä. Maailmanlaajuisesti on arvioitu, että alle 7 prosenttia terveyteen varatuista varoista kohdistuu mielen terveyden hoitoon. Köyhemmissä maissa arvioitu vuosittainen, mielen terveyden hoitamiseen varattu summa per henkilö on 2 dollaria. Suurin osa investoinneista kohdistetaan pitkäaikaishoitoihin ja psykiatrisiin sairaaloihin, mikä on johtanut täydelliseen epäonnistumiseen holistisen mielen terveyden edistämiseksi. Fyysisen terveyden ja mielen terveyden mielivaltainen erottaminen toisistaan sekä mielen terveysalan eristäminen ja hylkiminen ovat myötävaikuttaneet kestävämmän tilanteen muodostumiseen, jossa tarpeet jäävät kohtaamatta ja ihmisoikeusloukkaukset ovat arkipäivää (kts. A/HRC/34/32, kohdat 11-21).
7. Unohdetut ongelmat tarkoittavat käytännössä unohdettuja ihmisiä. Lääketieteen nimissä tehdyt törkeät oikeudenloukkaukset, kuten lobotomia, leimaavat psykiatrian ja mielen terveyden hoidon historiaa. Toisen maailmansodan, ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen sekä muiden kansainvälisten yleissopimusten hyväksymisen jälkeen mielen terveyden ja psykiatrian parissa on ympäri maailman kiinnitetty yhä enemmän huomiota ihmisoikeuksiin ja niiden toteutumiseen. Vastausta kaipaavaksi kysymykseksi jää kuitenkin vielä se, onko globaali yhteisö todellisuudessa oppinut tuskallisesta menneisyydestään.
8. Mielen terveyspalveluita on vuosikymmenien ajan hallinnut reduktionistinen biolääketieteen paradigma, joka on myötävaikuttanut henkisesti, kognitiivisesti ja/tai psykososiaalisesti vajaakuntoisten, autististen henkilöiden sekä

vallitsevista kulttuurisista, sosiaalisista ja poliittisista normeista poikkeavien ihmisten syrjäytymiseen, laiminlyöntiin, pakottamiseen ja hyväksikäyttöön. Erityisesti psykiatrian poliittinen hyväksikäyttö on edelleen vakava huolenaihe. Vaikka mielenterveyspalvelujen resurssit ovat vähäiset, suuren luokan investointeja tulisi muokata menneiden kokemusten perusteella, jottei historia toistaisi itseään.

9. Moderni ymmärrys mielenterveydestä on paradigmanmuutosten muovaama, joka on sisältänyt monenlaisia parannuksia ja epäonnistumisia näyttöön perustuvassa hoidossa ja sen eettisyydessä. Muutos alkoi 200 vuotta sitten pyrkimyksellä irtautua ”hulluista” vankiloissa, ja johti lopulta psykoterapian, shokkihoitojen sekä psykoaktiivisten lääkkeiden käyttöönottoon 1900-luvulla. Se, kuinka yksilöllistä patologiaa on selitetty eri aikakausina, on vaihdellut ”aivottoman mielen” ja ”mielettömän aivon” ääripäiden välillä. Viime aikoina pelkkään yksilön patologiaan keskittyvän ja psykososiaalisen toimintakyvyn heikentymisen viitekehysten rajoituksia on alettu tunnustamaan, jolloin toimintakyvyttömyys ja hyvinvointi on voitu suhteuttaa laajemmin niin henkilökohtaisen, sosiaalisen, poliittisen kuin taloudellisenkin elämän osa-alueilla.

10. Tasapainon löytäminen edellä mainittujen, viime vuosisadan ääripäiden välillä on vauhdittanut instituutioiden purkamista sekä tasapainoisen biopsykososiaalisen hoitomallin sisäistämistä. Näitä ponnisteluja vahvisti WHO vuoden 2001 raportillaan, jossa organisaatio peräänkuulutti uudenlaista julkista terveydenhuptomallia. Mallia, joka vapauttaisi mielenterveyden sekä mielenterveyspalvelujen käyttäjät eristyksistä, stigmasta ja syrjinnästä. Vahvistuva tutkimusnäyttö on tuottanut todisteita siitä, että biolääketieteellisten interventioiden *status quo* - mukaan lukien psykoaktiiviset lääkkeet sekä yhteisymmärryksen perustumattomat toimenpiteet - ei ole puolusteltavissa mielenterveyden kohentamisella. Tärkeimpänä vaikuttajana muutoksen taustalla on kuitenkin nähtävissä kansalaisyhteiskunnan ponnistelut kehityksen edistämiseksi. Tärkeitä ovat erityisesti liikkeet, joissa mielenterveyspalvelujen nykyiset ja entiset käyttäjät sekä vajaakuntoisia edustavat organisaatiot ovat kiinnittäneet huomiota perinteisen mielenterveyshuollon epäonnistumiseen heidän tarpeidensa huomioimisessa ja oikeuksiensa turvaamisessa. He ovat haastaneet ihmisoikeusrikkomuksien mahdollistajat, kehittäneet vaihtoehtoisia hoitomuotoja sekä laatineet uuden mielenterveyden *kertomuksen*.

11. Kansalaisyhteiskunnan ponnistelut kohti paradigmanmuutosta on johtanut mielenterveyden alalla ihmisoikeusmallin kehittymiseen. Vajaakuntoisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen hyväksyminen vuonna 2006 loi perustan muutokselle, jonka tavoitteena on jättää mielenterveyspalveluissa tapahtuneiden ihmisoikeusrikkomusten perintö historiaan. Oikeudella nauttia korkeinta mahdollista hyvinvoinnin tasoa on merkittävä rooli tämän muutoksen edistämässä sen tarjotessa puitteet ymmärrykselle jokaisen oikeudesta mielenterveyteen.

12. Nyt vuosikymmen myöhemmin kehitys on kuitenkin hidasta. Tehokkaat, hyväksyttävät ja mitattavissa olevat vaihtoehtoiset hoitomuodot löytyvät edelleen terveydenhuoltojärjestelmien reuna-alueilta, instituutioiden purkaminen on pysähtynyt, mielenterveysinvestoinnit ovat keskitettyinä edelleen pääosin biolääketieteelliseen malliin. Mielenterveyttä koskeva lainsäädäntö on lisääntynyt vauhdilla heikentäen kognitiivisista, henkisistä ja psykososiaalisista vajavaisuuksista kärsivien henkilöiden tasa-arvoista suojelua ja oikeuskelpoisuutta. Joissakin maissa turvapaikkahakemusten hylkääminen on salakavalasti johtanut kodittomuuteen, sairaalahoitoon tai jopa vankeuteen. Kun kansainvälistä tukea on saatavilla, kohdistetaan tämä kehitystä heikentävästi usein suurten asuntolalaitosten ja psykiatristen sairaaloiden kunnostamiseen.

13. Yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa jätetään edelleen huomiotta mielenterveyteen negatiivisesti vaikuttavien tekijöiden keskeisyys. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi väkivalta, voimavarojen vähentyminen, sosiaalinen syrjäytyminen, yhteisöjen eristäminen ja hajottaminen, rakenteellinen sosioekonominen epätasa-arvoisuus sekä vahingolliset olosuhteet työssä ja kouluissa. Sosiaalisen, taloudellisen ja kulttuurisen ympäristön sivuuttavat lähestymistavat mielenterveyteen eivät epäonnistu ainoastaan vajaakuntoisten henkilöiden kohdalla vaan myös yleisesti mielenterveyden edistämässä eri elämäntilanteissa.

14. Omaksumalla kestävänsä kehityksen toimintasuunnitelman, Agenda2030:n, huomioiden taustalla vaikuttavien maailmanlaajuisten toimijoiden, kuten WHO:n, globaalien mielenterveysliikkeen ja Maailmanpankin viimeaikaiset ponnistelut, on mielenterveys noussut kansainvälisellä tasolla tärkeysjärjestyksessä inhimillisen kehityksen välttämättömyydeksi. Agenda2030 ja suurin osa sen kestävänsä kehityksen tavoitteista liittyvät nimenomaan mielenterveyteen: Tavoitteena on pyrkiä varmistamaan terveellinen elämä ja edistämään hyvinvointia kaikissa ikäryhmissä sekä mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen vähentämällä tarttumattomista taudeista johtuvaa kuolleisuutta. Sillä, kuinka Agenda2030:n tarjoamaa muutosvoimaa onnistutaan kansallisilla tasoilla hyödyntämään, on erityisen tärkeä merkitys terveysoikeuksien tehokkaan toteutumisen kannalta.

15. Nykyinen muutosvoima ja kehitysmahdollisuudet ovat ainutlaatuisia. Tässä historiallisessa vaiheessa ja kansainvälisten prosessien yhtymäkohdassa erityisraportoiija pyrkii tällä raportillaan jättämään jälkensä keskusteluun.

### III. Esteiden aiheuttama maailmanlaajuinen rasite

16. Tehokas väline mielenterveyden esiin nostamiseksi kansainvälisesti on hälyttävien tilastojen käyttö ”mielenterveyden häiriöiden” laajuuden ja taloudellisen rasitteen osoittamiseksi. Vaikka onkin kiistatonta, että miljoonat ihmiset ympäri maailmaa jäävät ilman hoitoa tai kärsivät puutteellisesta hoidosta, juurtua nykyinen ”sairauksien kuormittavuuteen” perustuva lähestymistapa globaalien mielenterveyskriisin biolääketieteelliseen malliin, joka on liian kapea-alainen aktivoitakseen ja tuottaakseen reagoitua mielenterveysongelmien ratkaisemiseksi kansallisella ja globaalilla tasolla. Yksilöiden hoitoon keskittyminen johtaa väistämättä suppeisiin, tehottomiin ja mahdollisesti haitallisia tuloksia luoviin poliittisiin järjestelyihin, järjestelmiin sekä palveluihin. Tämä raivaa tietä yhä syvemmälle mielenterveysalan lääketieteellistämiseksi häiriten poliittisia päättäjiä käsittelemästä mielenterveyden kannalta merkittävimpiä riskejä sekä näiltä mahdollisesti suojaavia tekijöitä. Jotta aihetta oikeusperustaisista mielenterveyspalveluista voitaisiin käsitellä, on arvioitava mielenterveysalan kehittämättömyyttä ylläpitävää ”esteiden aiheuttamaa maailmanlaajuista rasitetta”.

17. Seuraavissa kappaleissa käydään läpi kolme suurinta, toinen toistaan vahvistavaa estettä.

#### A. Biolääketieteellisen mallin dominanssi

18. Biolääketieteellinen malli pitää neurobiologisia näkökohtia ja prosesseja mielentilojen selityksenä ja interventioiden perustana. Aiemmin uskottiin, että sellaiset selitykset, kuten ”kemiallinen epätasapaino”, toisivat mielenterveyden lähemmäksi fyysistä terveyttä ja yleislääketiedettä, poistaen vähitellen mielenterveyttä koskevan leimautumisen sekä stigman. Näin ei kuitenkaan ole tapahtunut, sillä mielenterveyden lääketieteellistä mallia tukevia oletuksia ei juurikaan ole kyetty vahvistamaan lisätutkimuksilla. Diagnostiset työkalut, kuten kansainvälinen sairauksien luokittelu (ICD) sekä mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka- ja tilastollinen käsikirja (DSM), jatkavat yksittäisten diagnoosien parametrien laajentamista, usein ilman vankkaa tieteellistä perustaa. Kriitikot ovat varoittaneet diagnostiikkakategorioiden liiallisesta laajentumisesta niiden muokatessa ihmiskokemusta tavalla, joka voi johtaa hyväksyttävissä olevan monimuotoisuuden kaventumiseen.

19. Mielenterveysala on edelleen ylimedikalisoitu ja reduktionistinen. Pelkistävä biolääketieteellinen malli hallitsee psykiatrian ja lääketieteellisuuden tuella kliinistä käytäntöä, mielenterveyspolitiikkaa, tutkimusohjelmia, lääketieteellistä koulutusta sekä mielenterveyteen tehtäviä investointeja ympäri maailmaa. Suurin osa mielenterveysinvestoinneista matalan, keskitason ja korkean tulotason maissa kohdistuu suhteettomasti psykiatrian biolääketieteelliseen malliin perustuviin palveluihin. Taipumus psykoaktiivisten lääkkeiden käytölle ensihoitona on ilmeinen niitä vastaan kertyneestä näytöstä huolimatta. Näytön perusteella kyseiset lääkkeet eivät olekaan yhtä tehokkaita hoidon kannalta kuin aiemmin ajateltiin, niiden aiheuttaessa samalla haitallisia sivuvaikutuksia. Erityisesti lievää ja keskivaikeaa masennusta hoitavien masennuslääkkeiden vaikutukset ovat pitkälti placebo -efektin ansiota. Riskeistä huolimatta psykoaktiivisia lääkkeitä käytetään yhä enemmän ympäri maailmaa. Meille on markkinoitu

myytti siitä, että parhaita ratkaisuja mielenterveyshaasteisiin vastaamiseksi olisivat lääkkeet ja muut lääketieteelliset toimenpiteet.

20. Psykososiaalinen malli on syntynyt näyttöön perustuvana vastauksena lääketieteelliselle paradigmalle. Se mahdollistaa ottamaan huomioon eri tekijöitä laajemmin (biologisia tekijöitä poissulkematta) ymmärtäen paitsi psykologiset ja sosiaaliset kokemukset mielenterveyteen vaikuttavina riskitekijöinä, myös positiivisina hyvinvoinnin edistäjinä. Malli voi sisältää lyhytaikaisia ja edullisia toimia, jotka integroitaisiin tavanomaisiin hoitoihin. Oikein käytettynä tällaiset interventiot pystyisivät voimaannuttamaan heikossa asemassa olevia, parantamaan vanhemmuutta ja muuta osaamista, tavoittamaan yksilöitä, parantamaan ihmissuhteiden laatua sekä edistämään omanarvontuntoa. Jotta mikään mielenterveysjärjestelmä voisi toteuttaa oikeutta terveyteen, tulisi biolääketieteellisten ja psykososiaalisten mallien ja interventioiden olla asianmukaisessa tasapainossa, välttäen mielivaltaista olettaa, jonka mukaan biolääketieteelliset interventiot olisivat tehokkaampia.

## **B. Voimasuhteiden asymmetria (epätasapaino)**

21. Mielenterveyteen liittyvien ihmisoikeuksien edistäminen ja suojaaminen ovat riippuvaisia vallanjoosta, niin kliinisissä, tiedepoliittisissa kuin yhteiskuntapoliittisissa järjestelmissäkin. Mielenterveysalan päätöksentekovalta on keskittynyt lääketieteen portinvartijoiden, etenkin lääketeollisuuden tukeman biologisen psykiatrian käsiin. Tämä torpedoi nykyaikaisia periaatteita kokonaisvaltaisesta hoidosta, mielenterveyden hallinnasta, innovatiivisesta ja riippumattomasta monitieteisestä tutkimuksesta sekä häiritsee mielenterveyspoliittisten oikeuksiin perustuvien prioriteettien määrittelyä. Kansainväliset organisaatiot, erityisesti WHO ja Maailmanpankki, ovat myös vahvasti vaikuttavia sidosryhmiä, joiden rooli ja suhteet ovat vuorovaikutuksessa limittäin niin psykiatrian kuin lääketeollisuuden kanssa.

22. Kliinisellä tasolla vallan epätasapaino vahvistaa paternalismia ja jopa patriarkaalisia lähestymistapoja, jotka määrittävät psykiatrian ammattilaisten ja mielenterveyspalvelujen käyttäjien välisen suhteen. Tämä epäsymmetria syrjäyttää palveluiden käyttäjän ja heikentää hänen mahdollisuuksiaan tehdä terveyteensä liittyviä päätöksiä luomalla ympäristön, jossa ihmisoikeusrikkomuksia voi tapahtua – ja tapahtuukin. Lainsäädäntö, joka antaa psykiatrian ammattikunnalle vallan välineet rajoittaa ja harjoittaa tällaista hoitoa, luvallistaa vallan ja sen väärinkäytön. Valta-asymmertian väärinkäyttö menestyy osittain myös siksi, että lain säännökset vaativat ammattikuntaa usein toimimaan ja velvoittavat valtion käyttämään pakkokeinoja.

23. Psykiatrien ammattiryhmä on vaikutusvaltainen toimija mielenterveyden hallinnan ja sen edistämisen kentällä. Kansallisilla mielenterveysstrategioilla on taipumus heijastaa biolääketieteellisiä tavoitteita ja peittää kansalaisyhteiskunnan, mielenterveyspalvelujen nykyisten ja entisten käyttäjien sekä lukuisten ei-lääketieteellisten alojen asiantuntijoiden näkemyksiä ja estää mielekäs osallistuminen mielenterveysalan kehittämiseen. Tässä yhteydessä WHO:n vuoden 2005 mielenterveyttä, ihmisoikeuksia ja lainsäädäntöä koskevalla aineistolla, joka kehitettiin tuolloisten ihmisoikeuksien suuntaviivoin, oli suuri vaikutus ”poikkeuksia” sallivan mielenterveyslainsäädännön kehittämiseen. Nämä oikeudelliset ”poikkeukset” normalisoivat pakon käytön jokapäiväisessä käytännön työssä laajentaen ihmisoikeusrikkomusten esiintyvyyttä. Tästä syystä vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen aikaansaaman lainsäädännön osalta nähtävä kehitystyö ja uudelleentarkistukset ovat tervetulleita.

24. Nykyinen psykiatrian alalla vallitseva, valta-asemien epätasapainoon perustuva tila on johtanut mielenterveyspalveluja hyödyntävien ihmisten epäluottamukseen ja uhkaa heikentää psykiatrian mainetta. Psykiatrian kentällä käydyt avoimet ja jatkuvat keskustelut ammatin tulevaisuudesta, mukaan lukien sen roolista suhteessa muihin sidosryhmiin, ovat erittäin tärkeitä. Erityisraportoiija suhtautuu myönteisesti ja rohkaisee tällaisiin keskusteluihin sekä psykiatrian kentällä että muiden sidosryhmien kanssa, ja on myös vakuuttunut siitä, että yhteisymmärryksen etsiminen ja siinä edistyminen on eduksi kaikille, myös psykiatrialle. Psykiatrisen ammattikunnan ja alan johtajien aktiivinen osallistuminen siirtymiseen kohti oikeuksia kunnioittavaa ja noudattavaa mielenterveyspolitiikkaa sekä -palveluita on ratkaiseva tekijä positiivisen globaalien mielenterveysalan muutoksen aikaansaamiseksi.

25. Reduktionistisen biolääketieteen vallitseva käsitys, joka perustuu sen tulkintaan monimutkaisista mielenterveyteen liittyvistä kysymyksistä, hallitsee mielenterveyspolitiikkaa ja -palveluita, vaikkakin ilman tieteellisen tutkimuksen tukea. Psykososiaalisesti vajaakuntoisia henkilöitä pidetään edelleen virheellisesti vaarallisina huolimatta selkeästä todistusaineistosta, jonka perusteella he yleensä ovat pikemminkin väkivallan uhreja kuin tekijöitä. Samalla heidän kykynsä tehdä päätöksiä vajaavaltaisina henkilöinä kyseenalaistetaan, ja heiltä evätään oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä. Tätä stereotypiaa on murrettu viime aikoina säännöllisesti vajaavaltaiten osoitettua kykenevänsä elämään itsenäisesti, kunhan heille tarjotaan sitä varten riittävä lainsäädännöllinen tuki ja turva.

26. Lääketeollisuuden taloudellinen voima sekä sen liittoumat ja sidokset ovat syventäneet epätasapainoa. Kun tutkimukselle tai innovaatioille ei ole taloudellisia resursseja, lääketeollisuus täyttää tämän aukon vähäisellä läpinäkyvyydellä lääkkeiden hyväksymisprosesseissa tai kyseenalaisissa suhteissa terveydenhoitoalan ammattilaisten ja lääketeollisuuden edustajien välillä. Tämä osoittaa sen, että terveyspolitiikka nojaa liiallisesti biolääketieteelliseen malliin, ja miten siitä on tullut hyvin vastahakoinen muutoksille.

### **C. Todisteiden puolueellinen käyttö mielenterveyden kysymyksissä**

27. Mielenterveyteen kohdistuvia hoitointerventioita puoltava tieteellinen näyttö on ollut ongelmallinen kautta historian. Tämä ongelmallisuus on edelleen ajankohtaista psykoaktiivisten lääkkeiden ja muiden biolääketieteellisten interventioiden tehokkuuden tullessa kyseenalaistetuksi yhä useammin sekä tieteellisestä että kokemusnäkökulmasta. Vaikka lääkkeiden hyötypotentiaali on kiistaton tietyissä tapauksissa, ei tämä poista kasvavaa huolta reseptien liikakäytöstä ja -kirjoittamisesta niissä tapauksissa, joissa lääkkeitä ei tosiasiallisesti tarvittaisi. Monet lääkeyhtiöt ovat pitkän historiansa aikana jättäneet paljastamatta lääkekokeissa selvinneitä negatiivisia sivuvaikutuksia tai muita tuloksia jättäen todistusaineistoperustan epäselväksi. Tämä toiminta on estänyt terveydenhuollon ammattilaisia ja lääkkeiden käyttäjiä saamasta tarvittavaa ja todellista tietoa päätöksensä tueksi.

28. Lääketieteen toimijat käyttävät vaikutusvaltaansa myös tutkimuksen alueella, joka puolestaan muokkaa käytänteitä ja tieteellisen näytön hyödyntämistä. Mielenterveyttä koskevaa tutkimusta ja mielenterveyspolitiikan käytäntöjä käsittelevää, sekä edelleen neurobiologiseen malliin keskittyvää tieteellistä tutkimusta rajoittaa monipuolisen rahoituksen puute. Erityisesti akateemisella psykiatrialla on ylisuuri vaikutusvalta päätöksentekijöiden informoinnissa resurssien jakoon sekä mielenterveyspolitiikan ja -palveluiden ohjaaviin periaatteisiin liittyen. Akateeminen psykiatria on rajannut tutkimuskohteekseen enimmäkseen mielenterveyden biologiset tekijät. Tämä vinouma hallitsee myös lääketieteellisten tiedekuntien opetusta, rajoittaen tiedon siirtymistä seuraavalle ammattilaisten sukupolvelle ja estäen heitä ymmärtämästä monipuolisesti mielenterveyteen ja paranemisen edistämiseen liittyviä tekijöitä.

29. Biolääketieteelliseen malliin nojautuvan vinouman vuoksi tätä mallia vastaan puhuvien, esiin tuotavien todisteiden ja näiden todisteiden käytännön hyödyntämisen sekä päätöksentekijöiden informoinnin välillä häilyy huolestuttava viive. Jo vuosikymmenien ajan kokemukseen perustuvasta ja tieteellisestä tutkimuksesta saatu kumuloituva näyttö tukee psykososiaalisia, toipumiseen suuntaavia palveluita sekä pakkokeinoja sisältämättömiä vaihtoehtoja olemassa olevien palveluiden tilalle. Ilman sidosryhmiä ja taloudellista tukea tällaisten palvelujen olemassaolo pysyy marginaalisena, eivätkä ne pysty tarjoamaan ihmisille niitä muutoksia, joita ne toisaalta ovat luvanneet tehdä.

## **IV. Kehittyvä mielenterveyden normatiivinen kehys**

30. WHO:n perustustekstissä terveys on määritelty positiivisesti "täyden fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana" eikä siis negatiivisesti, sairauden tai heikkouden puuttumisen kautta. Kuten terveydessä yleensäkin, joukko biologisia, sosiaalisia ja psykologisia tekijöitä vaikuttaa myös mielenterveyteen. Juuri tämän ymmärryksen kautta viranomaiset voivat ymmärtää myös paremmin näitä oikeuksiaan vastaavan velvollisuutensa kunnioittaa, suojella ja toteuttaa jokaisen oikeutta mielenterveyteen. Suurin osa mielenterveyttä ja ihmisoikeuksia

koskevista keskusteluista on keskittynyt tietoiseen suostumukseen psykiatrisen hoidon yhteydessä. Vaikka tällä keskustelulla on ollut erittäin suuri merkitys, on se silti syntynyt systeemisten epäonnistumisten seurauksena, jolloin oikeutta mielenterveyteen ei olla onnistuttu suojaamaan ja pakkokeinoihin perustumattomia hoitokeinoja järjestämään riittävässä määrin.

31. Psykkisen terveyden ympäristön kehittyvä normatiivinen konteksti sisältää oikeuden terveyteen, sekä oikeuden terveyden taustalla oleviin tekijöihin ja vapauden määrätä omasta terveydestään sekä kehostaan. Näiden oikeuksien välillä on luonnollisesti tiivis yhteys, ja niihin linkittyvät myös oikeus vapauteen, vapaus yhteisymmärrykseen perustumattomasta häirinnästä sekä oikeuskelpoisuuden kunnioitus. Vaikka hoidon saamiseksi tarvitaan tietoinen suostumus – jotta hoito olisi yhtenevä jokaiselle kuuluvan mielenterveysoikeuden kanssa – tällaisen suostumuksen antamiseksi tarvitaan myös oikeuskelpoisuus, joka tulee erottaa henkisestä kelpoisuudesta. Jokaisen oikeus terveyteen sisältää myös oikeuden integroitumiseen ja hoitoon yhteisössä, joka antaa yksilölle asianmukaista tukea sekä itsenäiseen elämään että oikeuskelpoisuutensa käyttöön. Oikeuskelpoisuuden kiistäminen johtaa usein vapauden menettämiseen ja pakotettuihin lääketieteellisiin interventioihin, mikä herättää kysymyksiä julman ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun kieltämisestä, mutta myös terveysoikeuden toteutumisesta.

32. Ennen vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen hyväksymistä useat ei-sitovat sopimukset ohjasivat valtioita tunnistamaan velvollisuutensa suojella vajaakuntoisten henkilöiden oikeuksia hoidon yhteydessä (ks. yleiskokouksen päätöslauselmat 37/53, 46/119 ja 48/96). Samalla, kun monet valtioista tunnustivat näiden oikeuksien ja standardien olemassaolon, niiden sisältämät poikkeukset usein kuitenkin tekivät oikeuksien sisällön tyhjäksi arjen käytännössä. Kun oikeus terveyteen takaa vapauden syrjinnästä, suostumukseen perustumattomasta hoidosta ja vankeudesta, tulee se ymmärtää myös takeena hoitoon pääsystä sekä yhteisöön integroitumisesta. Epäonnistuminen tämän oikeuden ja muiden vapauksien turvaamisessa on merkittävin pakkohoidon edistäjä.

33. Vammaisten henkilöiden oikeuksien komitea korostaa oikeuskelpoisuuden täydellistä kunnioittamista, vajaakuntoisuuteen perustuvan ja suostumukseen perustumattoman vapaudenriiston absoluuttista kieltoa sekä pakkohoidon lakkauttamista. Tämä korostus kertoo kuitenkin vain menettelyllisten takeiden riittämättömyydestä ja vaatii tarkempaa huomiointia ei-pakottavien vaihtoehtojen löytämiseksi ja yhteisön osallistamiseksi vajaakuntoisten oikeuksien turvaamiseksi. Tässä kehittyvässä kontekstissa tietyt ihmisoikeusmekanismit eivät ole kuitenkaan noudattaneet komitean korostamia, suostumukseen perustumattoman vapaudenriiston ja -hoidon ehdottomia kieltoja. Näihin mekanismeihin kuuluvat kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen estämisen alakomitea, kidutuksen vastainen komitea sekä ihmisoikeuskomitea. Toisaalta heidän ymmärryksensä pakon käytön oikeuttamisesta poikkeuksien turvin on ollut kapea-alaisempi, muistuttaen edelleen jatkuvien keskustelujen olemassaolosta. Erityisesti YK:n vapautensa menettäneiden oikeussuojakeinoja ja -ohjeita koskevissa peruseriaa- ja suuntaviivoissa mielivaltaista vapaudenriistoa käsittelevä työryhmä tuki vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen määräyksiä liittyen mielivaltaisen vapaudenriiston kiellon takeisiin (Kts. A/HRC/30/37, kohdat 103-107).

34. Tällä hetkellä ei ole vallitsevaa yksimielisyyttä siitä, kuinka yhteisymmärrykseen perustumattomiin hoitoihin liittyvät velvoitteet tulisi panna täytäntöön vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen määräysten valossa, kansainvälisten ihmisoikeusmekanismien tulkittaessa näitä määräyksiä eri tavoin. Erityisraportoiija on seurannut tätä kehitystä ja toivoo, että asiassa päästäisiin yksimielisyyteen ja siirtyminen kohti vahvempaa mielenterveyspolitiikkaa ja -palveluita voitaisiin aloittaa viipymättä. Raportoiija pyrkii osallistumaan aktiivisesti näihin prosesseihin ja mahdollisesti raportoimaan saavutetuista edistysaskelista.



## V. Mielen terveysoikeuden kehys

### A. Velvollisuudet

35. Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (TSS-sopimus) tarjoaa oikeudellisesti sitovat puitteet korkeimmalle saavutettavalle mielen terveyden tasolle. Tätä sopimusta täydentävät muun muassa vammaisten henkilöiden oikeuksia koskeva yleissopimus, kaikenlaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus sekä lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen vahvistamat oikeudelliset normit. Sopimusvaltioilla on velvollisuus kunnioittaa, suojella sekä toteuttaa oikeutta mielen terveyteen kansallisissa laeissa, asetuksissa, politiikoissa, budjettitoimenpiteissä, ohjelmissa ja muissa aloitteissa.

36. Oikeus mielen terveyteen sisältää sekä välittömän velvollisuuden että vaatimuksen toteuttaa harkittuja, konkreettisia ja kohdennettuja toimia muiden velvoitteiden asteittaiseksi toteuttamiseksi. Valtioiden on käytettävä asianmukaisia indikaattoreita ja vertailuarvoja edistyneen varmistamiseksi sekä lääketieteellisen pakon vähentämiseksi ja poistamiseksi. Indikaattorit olisi eriteltävä muun muassa sukupuolen, iän, rodun ja etnisyyden, vajaakuntoisuuden ja sosioekonomisen aseman perusteella.

Vaikka valtioiden tulisi ohjata kaikki käytettävissä olevat resurssinsa toteuttaakseen jokaiselle kuuluvaa oikeutta terveyteen, mielen terveyteen käytettävät menot ovat maailmanlaajuisesti tälläkin hetkellä alle 10 prosenttia fyysisen terveyden menoista.

37. Joitakin velvoitteita ei kuitenkaan voida toteuttaa asteittain ja tällaiset velvoitteet tulisikin panna täytäntöön välittömästi. Tähän ryhmään kuuluvat tietyt vapaudet ja keskeiset velvoitteet, kuten kansallisen kansanterveysstrategian laatiminen ja syrjimättömän palveluihin pääsyn varmistaminen. Puhuttaessa oikeudesta mielen terveyteen tämä tarkoittaa sitä, että valtioiden on kehitettävä mielen terveysstrategia, joka sisältää myös suunnitelman pakkohoidosta irtautumiseen ja pyrkimyksen kohti yhdenvertaista pääsyä oikeusperustaisiin mielen terveyspalveluihin, mukaan lukien palvelujen oikeudenmukaisen jakautumisen yhteisössä.

### B. Kansainvälinen yhteistyö

38. Kansainvälisissä sopimuksissa tunnustetaan kansainvälisen yhteistyön velvoite terveysoikeuden toteuttamiseksi; vastuu, jota vahvistaa myös osaltaan sitoutuminen kestäväen kehityksen maailmanlaajuiseen yhteistyöhön. Kestäväen kehityksen tavoitteen nro 17 mukaisesti korkeamman tulotason valtioilla on erityinen velvollisuus tarjota apua oikeuden terveyteen, myös mielen terveyteen, toteuttamiseksi pienituloisissa maissa. Valtioilla on myös välitön velvollisuus pidättäytyä tarjoamasta kehitysyhteistyötä, joka tukisi syrjintää, väkivaltaa, kidutusta tai muita ihmisoikeusrikkomuksia sisältäviä mielen terveydenhuoltojärjestelmiä. Oikeusperustaisen kehitysyhteistyön tulisi tukea tasapainoista terveyden edistämistä sekä psykososiaalisia interventioita ja muita hoitomuotoja, joita tarjotaan yhteisössä suojaten yksilöitä tehokkaasti syrjivältä, mielivaltaiselta, liialliselta, sopimattomalta ja / tai tehottomalta kliiniseltä hoidolta.

39. Tämän velvollisuuden vuoksi onkin huolestuttavaa, kuinka mielen terveys on edelleen laiminlyöty kehitysyhteistyössä ja muissa terveydenhuollon rahoitusta koskevissa kansainvälisissä linjauksissa. Vuosina 2007–2013 vain yksi prosentti kansainvälisestä terveydenhuollon avusta kohdistettiin mielen terveyteen. Humanitaaristen kriisien aikana, sekä hätäapu- että toipumisvaiheissa, kansainväliseen tukeen on sisällytettävä myös psykososiaalinen apu ihmisten tukemiseksi valtavien vastoinkäymisten ja kärsimysten keskellä. Silloinkin kun yhteistyötä on harjoitettu, etusijalle on nyt asetettu jo olemassa olevien psykiatristen sairaala- ja pitkäaikaishoitolaistosten parantaminen, jotka ovat jo oletusarvoisestikin ristiriidassa ihmisoikeuksien kanssa.

40. Kansainväliseen apuun ja yhteistyöhön sisältyy myös teknisluontoisempi tuki oikeuksiin perustuvalla mielen terveyspolitiikalle ja sen käytännöille. WHO:n QualityRights -aloite on kiitettävä esimerkki tällaisesta teknisluontoisesta avusta. Erityisraportoi on tyytyväinen myös Maailmanpankin ja WHO:n päätökseen siirtää mielen terveys globaalin kehitysohjelman keskiöön. Hän kuitenkin varoittaa, että tällaisiin maailmanlaajuisiin aloitteisiin tulisi sisällyttää kaikki ihmisoikeudet. Erityisesti monenkeskisten virastojen tulisi asettaa etusijalle heikoimmassa asemassa olevien, kuten vajaakuntoisten terveydenhuollon varmistaminen. Ahdistuneisuuteen ja

masennukseen (yleisiin mielenterveysongelmiin) keskittyvä globaali toimintaohjelma saattaa johtaa siihen, että henkilöitä, jotka juuri eniten oikeusperustaista mielenterveyspalvelua tarvitsisivat, ei kuitenkaan sisällytetä ohjelmaan. Tällaiset valikoivat toimintaohjelmat voivat vahvistaa medikalisaatioon perustuvia hoitoja inhimillisiin reaktioihin ja epäonnistua rakenteellisten kysymysten, kuten köyhyyden, eriarvoisuuden, sukupuolistereotyyppien ja väkivallan, käsittelyssä.

41. Valtiolla on velvollisuus suojella yksilöitä kolmansien osapuolten tuottamilta haitoilta, myös yksityissektorin toimijoiden. Valtioiden tulisi tehdä töitä varmistaakseen yksityisten toimijoiden tuen niiden toteuttaessa jokaisen oikeutta mielenterveyteen, ymmärtäen roolinsa velvollisuudet näiltä osin.

### **C. Osallistuminen**

42. Oikeuden terveyteen tehokas toteutuminen edellyttää kaikkien, etenkin köyhyydessä ja heikossa asemassa olevien, osallistumista päätöksentekoon oikeudellisella, poliittisella sekä yhteisöllisellä ja terveyspalvelujen tasoilla. Väestötasolla jokaisen voimaannuttaminen osallistumaan mielekkäällä tavalla terveyttä ja hyvinvointia koskeviin päätöksiin edellyttää monitahoista ja osallistavaa sitouttamista sidosryhmien, kuten mielenterveyspalvelujen nykyisten ja entisten käyttäjien, päättäjien, palveluntarjoajien, terveydenhuollon työntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden, oikeussektorin, poliisin, hoitajien, perheenjäsenten sekä laajemman yhteisön välillä.

43. Terveydenhoitoalan on annettava käyttäjilleen oikeudenhaltijoina mahdollisuus harjoittaa itsenäisyyttään ja osallistua mielekkäällä tavalla sekä aktiivisesti kaikkiin heitä koskeviin asioihin, tehdä omat valintansa terveydestään ja hoidostaan, mukaan lukien seksuaalisuus ja lisääntyminen. Ihmisille tulisi tarjota asianmukaista tukea silloin, kun sille on tarvetta.

44. Mielenterveyspalveluiden kehittämiseen osallistuminen on suhteellisen uusi ilmiö, ja sitä vaikeuttavat osaltaan mielenterveysjärjestelmien syvälle juurtuneet epäsymmetriset valta-asetelmat. Tärkeää olisi helpottaa yksilöiden – erityisesti mielenterveyspalveluita tarvitsevien henkilöiden – vaikutusmahdollisuuksia, tukemalla sellaisia edistäviä aloitteita, vertaistukiverkostoja, kolmikantakokouksia ja muita käyttäjälähtöisiä aloitteita sekä uusia työmenetelmiä, kuten yhteistuotantoa. Nämä varmistaisivat edustavan ja mielekkään osallistumisen terveyspalvelujen kehittämiseen ja tarjoamiseen. Tältä osin tilan luominen kansalaisyhteiskunnalle ja valtioista riippumattomien järjestöjen toiminnan tukeminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta luottamus palveluntarjoajien ja palveluja käyttävien oikeudenhaltijoiden välillä saataisiin palautettua.

### **D. Syrjimättömyys**

45. Kansainvälinen ihmisoikeuslainsäädäntö takaa oikeuden syrjimättömyyteen mielenterveyspalvelujen saatavuudessa ja tarjoamisessa. Oikeus mielenterveyteen on riippuvainen myös tasa-arvosta ja syrjimättömyydestä muiden ihmisoikeuksien lisäksi, joiden voidaan ajatella itsessään olevan terveyteen vaikuttavia taustatekijöitä.

46. Moninaiset ja monikerrokset syrjinnän muodot estävät edelleen yksilöitä, kuten naisia sekä rodullisia ja etnisiä vähemmistöjä edustavia vajaakuntoisia, toteuttamasta oikeuttaan mielenterveyteen. Syrjintä ja eriarvoisuus ovat sekä huonon mielenterveyden syy että seuraus, molempien aiheuttaessa pitkäaikaisia vaikutuksia sairastuvuuteen, kuolleisuuteen sekä koko yhteiskunnan hyvinvointiin. Syrjintä, haitalliset stereotyyppit (ml. sukupuoli) ja leimautuminen yhteisössä, perheessä, kouluissa ja työpaikoilla estävät terveellisten suhteiden luomisen, sosiaalisen yhteyden sekä kannustavan ja osallistavan ympäristön muodostumisen, joita tarvitaan jokaisen kohdalla hyvän mielenterveyden ja hyvinvoinnin saavuttamiseksi. Samoin politiikkaan, lakeihin ja käytäntöihin vaikuttavat syrjivät asenteet muodostavat esteitä niille, jotka tarvitsivat henkistä sekä sosiaalista tukea ja hoitoa. Näin ollen haavoittuvassa asemassa olevilta henkilöiltä ja ryhmiltä, joita laki tai käytäntö syrjivät, evätään tosiasiallinen oikeus mielenterveyteen.

47. Syrjintä, de jure ja de facto, vaikuttaa edelleen mielenterveyspalveluihin ja riistää palvelujen käyttäjiltä useita oikeuksia, kuten oikeuden kieltäytyä hoidosta, oikeuskelpoisuuden ja yksityisyyden sekä muita kansalaispoliittisia oikeuksia. Psykiatrien ja muiden mielenterveysalan ammattilaisten rooli on erityisen tärkeä tarvittaessa kipeästi

toimenpiteitä sen varmistamiseksi, ettei ammatillisissa käytännöissä enää jatkettaisi leimautumisen ja syrjinnän perinteitä.

48. Tärkeää olisi myös tunnistaa mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnin monimutkainen rooli ihmisten elämässä. Vaikka monien mielestä diagnostiikkaluokitukset antavat heille mahdollisuuden hyödyntää palveluita ja ymmärtää paremmin mielenterveyttään, toisten mielestä luokitukset ovat hyödyttömiä ja suorastaan leimaavia. Mielenterveysdiagnooseja on myös käytetty väärin ihmisten identiteetin ja monimuotoisuuden patologisoimiseksi. Taipumuksena on ollut kurjuuden lääketieteellistäminen. Lesbojen, homojen, biseksuaalien, trans- ja intersukupuolisten henkilöiden patologisointi muuttaa heidän identiteettinsä sairauksiksi varmistuen leimautumisen sekä syrjinnän.

49. Ongelma ei kuitenkaan päle niinkään henkilöiden diagnosoinnissa vaan ennemminkin syrjivissä käytännöissä, jotka vaikuttavat diagnosoituun henkilöön aiheuttaen enemmän haittaa kuin itse diagnoosi. Ihmiset kärsivät usein enemmän syrjivistä ja sopimattomista "hoidoista" kuin mielenterveyshäiriöistä itsessään.

50. Monimuotoisuus on siis ymmärrettävä laajasti, ottaen huomioon ihmiskokemuksen monimuotoisuuden ja erilaiset tavat, joilla ihmiset käsittelevät ja kokevat elämän. Tämän monimuotoisuuden kunnioittaminen on ratkaisevan tärkeää syrjinnän kitkemiseksi. Vertaisuuteen perustuvat liikkeet ja omatoimiset ryhmät, jotka auttavat normalisoimaan epänormaaleja ihmiskokemuksia, edistävät suvaitsevaisempaa, rauhallisempaa ja oikeudenmukaisempaa yhteiskuntaa.

## **E. Vastuullisuus**

51. Vastuu mielenterveysoikeuden toteutumisesta muodostuu kolmesta osa-alueesta: a) seuranta; b) riippumaton ja epäitsenäinen uudelleentarkastelu esimerkiksi oikeuslaitoksen, poliittisten- ja hallintoelinten toimesta sekä sosiaalisen vastuun mekanismien avulla ja c) oikeussuojakeinot sekä muutoksenhakekeinot. Vastuuttaminen tarjoaa oikeudenhaltijoille mahdollisuuden ymmärtää, kuinka oikeuden turvaamiseen velvoitetut ovat suorittaneet tehtävänsä, ja vaatia korvausta oikeuksien loukkaamisen johdosta. Se tarjoaa myös vastuunkantajille mahdollisuuden selittää toimintaansa ja tehdä siihen tarpeellisia muutoksia.

52. Kansainvälisellä tasolla vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen hyväksyminen ja asiaankuuluvat sopimusvaltioiden raportointiprosessit tarjoavat tärkeän uuden väylän mielenterveysoikeuden toteuttamiselle sekä vastuullisuuden varmistamiselle psykososiaalisesti tai kognitiivisesti vajaakuntoisten henkilöiden kohdalla. Sitä vastoin kansallisella tasolla vastuuttamismekanismit eivät useinkaan sovi oikeuden toteuttamiseksi. Erityisen huolestuttavaa on nk. mielenterveystuomioistuinten määrän kasvu, jotka vastuun varmistamismekanismien tarjoamisen sijasta laillistavat pakottamisen ja eristävät mielenterveysjärjestelmissä olevat ihmiset oikeussuojan piirin ulkopuolelle. Useiden kansallisten ennaltaehkäisy-mekanismien kiitettävistä ponnisteluista huolimatta ihmisoikeusloukkaukset mielenterveyspalveluissa ovat yleisiä ja jäävät usein rankaisematta. Yksilöillä on myös usein rajoitettu pääsy tuomioistuimiin tai muihin riippumattomiin vastuumekanismeihin. Tämä voi johtua siitä, että heillä ei katsota olevan oikeuskelpoisuutta, henkilöllä saattaa olla rajallinen tieto oikeuksistaan, oikeusapua ei ole tarjolla tai yksinkertaisesti siitä, että valituselimiä ei valvota.

53. Yleissopimuksen mukaan riippumattomien viranomaisten on valvottava tehokkaasti kaikkia vammaisille suunnattuja mielenterveyspalveluja (16.3 artikla). Ihmisoikeudet on sisällytettävä viitekehykseen kaikissa mielenterveyden seuranta- ja tarkistusmenettelyissä. Erityisraportoiija kannustaa kansallisia ihmisoikeuslaitoksia kiinnittämään huomiota mielenterveysoikeuteen seuranta- ja edistämistoimissaan. Omakohtaisia kokemuksia omaavien henkilöiden, heidän perheidensä ja kansalaisyhteiskunnan tulisi voida osallistua sekä seuranta- ja vastuujärjestelyjen kehittämiseen että toteuttamiseen.

## **F. Kohti hoitoa ja tukea mielenterveyspalveluissa**

54. Oikeus mielenterveyteen edellyttää kaikkia käytettävissä olevia, hyväksyttäviä ja laadukkaita hoito- ja tukipalveluja. Oikeuksiin perustuva hoito ja mielenterveyden tuki ovat olennainen osa jokaisen ihmisen terveydenhuoltoa.

## Saatavuus

55. Riittävätaoiset mielenterveyspalvelut on asetettava ihmisten saataville. Monissa maissa rajoitettu mielenterveys- ja sosiaalinhoito perustuu kapea-alaiseen biolääketieteelliseen malliin ja laitoshiitoon. Hoidon laajentaminen ei saakaan merkitä sopimattoman hoidon laajentamista. Jotta hoito täyttäisi terveyttä koskevien oikeuksien vaatimukset, sen tulisi kattaa laajasti integroitujen ja koordinoitujen palveluiden, edistyksen, ennaltaehkäisyn, hoidon, kuntoutuksen sekä toipumisen kokonaisuuden. Niin ikään korkealentoinen "laajentumistavoite" tulisi korvata poikittaisilla, matalan kynnyksen mielenterveystoimilla. Näihin sisältyisivät perusterveydenhuoltoon integroidut mielenterveyspalvelut, jotka tukisivat varhaista tunnistamista ja puuttumista, sekä palvelut, jotka tukisivat monimuotoista yhteisöä. Näyttöön perustuvia psykososiaalisia toimenpiteitä on kehitettävä ja lisättävä niitä harjoittavia koulutettuja terveydenhuollon työntekijöitä. Palvelujen on tuettava kognitiivisten ja psykososiaalisten häiriöiden kanssa painivien ja autismin kirjoon kuuluvien ihmisten oikeuksia elää itsenäisesti ja paikkaa yhteisössä sen sijaan, että heidät eristettäisiin heille sopimattomiin hoitolaitoksiin.

56. Useissa maissa mielenterveydenhuollon henkilöstöresurssit ovat niukat, jolloin valtion tulisikin pyrkiä kouluttamaan henkilöstöä, terveydenhuollon ammattilaisia ja muita ammattilaisia, yleislääkäreitä ja terveydenhuollon työntekijöitä sekä muita ammattilaisia, kuten opettajia, sosiaalipalvelutyöntekijöitä, muita vertaistuen- sekä yhteisötyöntekijöitä, jotta heillä olisi asianmukaiset taidot kohdata ihmisiä mielenterveyden edistämiseksi (mm. ihmisoikeuskasvatus).

## Saavutettavuus

57. Mielenterveyspalvelujen on oltava maantieteellisesti ja taloudellisesti saatavilla syrjimättömällä tavalla. Useissa matalan ja keskitulotason maissa ne ovat kuitenkin keskittyneet suuriin kaupunkeihin ollen näin suuren väestönosan saavuttamattomissa. Ongelma on erityisen akuutti maissa, joissa järjestelmä on liiallisesti riippuvainen erillisistä psykiatrisen sairaanhoidon laitoksista, kuten Keski- ja Itä-Euroopassa. Tämä johtaa epäonnistumiseen yhteisöllisten ja oikeuksiin perustuvien hoitomallien kehittämisessä. Mielenterveyden integrointi yleissairaaloihin, perusterveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltopalveluihin sekä oikeuksien toteuttamista edistävää mobiiliteknologian käyttö voivat tukea ja parantaa oikeutta elää sekä osallistua yhteisössä. Todenmukaiset tiedot mielenterveydestä on saatettava yleisön saataville – myös näyttöön perustuvasta hoidosta mahdollisesti aiheutuvat sivuvaikutukset – mikä edellyttää kliinisten tutkimusten tuottaman farmakologisen tiedon säännöllistä, täydellistä ja oikea-aikaista julkistamista. Kontekstuaalinen ymmärrys kärsimyksestä ja ahdistuksesta on erittäin tärkeää, jotta palvelujen saavutettavuus mielenterveyden ja tukijärjestelmien sisällä varmistetaan.

## Hyväksyttävyyys

58. Mielenterveyspalvelujen on kunnioitettava lääketieteellistä etiikkaa ja ihmisoikeuksia, ja niiden on oltava kulttuurisesti sopivia sekä herkkiä sukupuoli- ja linkaarivaatimuksille. Järjestelmä tulisi suunnitella kunnioittamaan luottamuksellisuutta ja antamaan ihmisille mahdollisuus hallita terveyttään ja hyvinvointiaan. Järjestelmän on myös kunnioitettava lääketieteellisen etiikan ja ihmisoikeuksien periaatteita (ml. "ensinnä, älä tee vahinkoa"), valinnan, valvonnan, autonomian, tahdon, mieltymysten ja ihmisarvon periaatteita. Liiallinen turvautuminen farmakologisiin toimenpiteisiin, pakkokeinoihin ja sairaalahoitoon on ristiriidassa vahingon välttämisen periaatteen ja ihmisoikeuksien kanssa. Ihmisoikeusymmärryksen kasvattaminen olisi mahdollistettava säännönmukaisesti mielenterveyden ammattilaisille. Palvelujen tulisi olla niin ikään kulttuurisesti asianmukaisia ja hyväksyttäviä henkisistä, kognitiivisista tai psykososiaalisista haasteista kärsiville ja autismin kirjoon sijoitettaville henkilöille, nuorille, naisille, vanhuksille, alkuperäiskansoille, vähemmistöille, pakolaisille ja maahanmuuttajille sekä lesboille, homoille, biseksuaaleille, transseksuaaleille ja intersukupuolisille. Monien vähemmistön edustajien hoito on tarpeettomasti lääketieteellistetty, jolloin he kärsivät sopimattomista ja haitallisista sukupuolistereotyyppioihin perustuvista pakottavista käytännöistä.

59. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää naisiin, jotka kärsivät suhteettomasti paternalistisiin ja patriarkaalisiin perinteisiin perustuvista mielenterveyskäytännöistä. Huomiota tulisi myös kiinnittää sopimattomiin ja haitallisiin

sukupuolistereotyyppoihin, sekä naisten tunteiden ja käyttäytymisen lääketieteellistämiseen sekä pakottamiseen. Mielen terveysongelmista kärsivät naiset, jotka ovat kärsineet väkivallasta ja eriarvoisuudesta perheissään, yhteisöissään sekä yhteiskunnassa, kohtaavat usein väkivaltaa, pakkoa, nöyryytystä ja epäkunnioitusta ihmisarvoaan kohtaan myös mielen terveyspalveluissa. On mahdotonta hyväksyä, että kyseisenlaisissa olosuhteissa kärsineet naiset joutuvat kohtaamaan vielä uusia loukkauksia hakiessaan tilanteeseensa apua palveluista, joiden tarkoituksena olisi nimenomaan edistää heidän mielen terveyttään. Tältä osin on erittäin tärkeää korostaa, että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvillä oikeuksien loukkauksilla on suora kielteinen vaikutus naisten mielen terveyteen.

## Laatu

60. Mielen terveyspalvelujen on oltava laadukkaita. Tämä edellyttää näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöä ennaltaehkäisyyn, edistämiseen, hoidon ja paranemisen tukemiseksi. Eri palvelutarjoajien ja palveluja käyttävien henkilöiden, heidän perheidensä ja hoitokumppaneidensa välinen tehokas yhteistyö tukee myös hoidon laatua. Biolääketieteellisten toimenpiteiden, kuten psykoaktiivisten lääkkeiden epäasianmukainen käyttö tai liiallinen määrääminen sekä pakkokeinojen käyttö ja painostettu sairaalan ottaminen vaarantavat oikeuden korkealaatuiseen hoitoon. Palvelujen laatua parannetaan asettamalla etusijalle yhteisöpohjaisten psykososiaalisten palvelujen laajentaminen mobilisoimalla sosiaalisia resursseja tukemaan jokaista elämän eri vaiheissa.

61. Laatulementti pakottaa unohtamaan ajatuksen mielen terveyspalvelujen käyttäjästä pelkkänä hoidon saajana ja johdattaa kohti henkilön täysimittaista huomioimista aktiivisena oikeuksien haltijana. Syrjivien käytäntöjen lopettamiseksi valtioiden tulisi keskittyä tapaan, jolla mielen terveyden hoitoa ja tukea tarjotaan (ks. A / HRC / 34/58).

62. Erityisesti henkisesti vajaakykyiset, autistiset lapset sekä aikuiset kärsivät liian usein institutionaalisista lähestymistavoista ja lääketieteeseen liaksi nojaavista käytännöistä. Autismia sairastavien lasten laitoshoidon ja lääkitystä heidän häiriönsä perusteella ei voida hyväksyä. Autismi onkin kriittinen haaste nykyaikaisille hoito- ja tukijärjestelmille, sillä pelkkään lääketieteeseen perustuvat yritykset sairauden "parantamiseksi" ovat usein osoittautuneet haitallisiksi, johtaen sairaudesta kärsivien lasten ja aikuisten mielen terveyden heikkenemiseen entisestään. Heille annettavan tuen tulisi koskea paitsi heidän oikeuttaan terveyteen, myös heidän oikeuksiaan koulutukseen, työhön ja asumiseen yhteisössä tasa-arvoisesti muiden kanssa.

## G. Tietoinen suostumus ja pakko

63. Tietoon perustuva suostumus on keskeinen osa oikeutta terveyteen sekä vapautena että sisäänrakennettuna suojana oikeuden toteutumiseksi (ks. A / 64/272). Oikeus antaa suostumus hoitoon ja sairaalahoidon sisältää myös oikeuden kieltäytyä hoidosta (ks. E/CN.4/2006/120, 82 kohta). Paternalistisen mielen terveyslain säädännön lisääntyminen ja vaihtoehtojen puute ovat tehneet lääketieteellisestä pakosta arkipäivää.

64. Pakkohoidon käytön perustelut kytkeytyvät yleensä "lääketieteelliseen välttämättömyyteen" ja "vaarallisuuteen". Tutkimus ei kuitenkaan tue näitä subjektiivisia periaatteita. Niiden soveltamista voidaan myös tulkita laajasti, joka herättää epäilyksen mielivaltaisuudesta. Tämä mielivaltaisuuksien mahdollisuus on joutunut lisääntyvän oikeudellisen valvonnan alaiseksi. "Vaarallisuus" perustuu liian usein epäasianmukaisiin ennakkoluuloihin todisteiden sijasta. On myös esitetty vakuuttavia väitteitä siitä, että pakkohoito, esimerkiksi psykoaktiivisilla lääkkeillä, ei ole tuloksellista huolimatta sen laajasta käytöstä.

Lääketieteellistä pakkoa koskevia päätöksiä tekevät psykiatrit, jotka työskentelevät järjestelmissä, joilla ei ole tarjota pakkoa sisältämättömiä vaihtoehtoja. Monissa maissa todellisuus on se, ettei vaihtoehtoja ole ja pakkokeinoihin nojautuminen on seurausta järjestelmällisestä epäonnistumisesta yksilöiden oikeuksien suojaamisessa.

65. Pakko ylläpitää epätasapainoa hoitosuhteissa psykiatrian alalla, aiheuttaa epäluottamusta, pahentaa leimautumista sekä syrjintää ja on saanut monet kääntymään pois peläten pyytää apua yleisten mielen terveyspalveluiden taholta. Kun otetaan huomioon, että oikeutta terveyteen tulkitaan nykyisin vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen avulla, tarvitaan välittömiä toimia lääketieteellisen pakon

vähentämiseksi radikaalisti. Tällä tavoin helpotamme siirtymistä kohti kaikenlaisen psykiatrisen pakkohoidon ja eristävän hoidon lopettamista. Tässä yhteydessä valtiot eivät saa sallia kenenkään muun antaa suostumusta vajaakuntoisten puolesta heidän fyysistä tai henkistä koskemattomuuttaan koskeviin päätöksiin. Sen sijaan heidän on aina tarjottava tukea päätöksenteolle, myös hätä- ja kriisitilanteissa.

66. Erityisraportoija panee merkille eri sidosryhmien, erityisesti lääketiedeyhteisön, esittämät huolenaiheet suostumukseen perustumattomien toimenpiteiden ehdottomasta kiellosta. Hän myöntää, että niiden radikaali vähentäminen ja lopullinen poistaminen on haastava prosessi, joka vie aikaa. Ihmisoikeusrikkomusten kohtuuttomasta yleisyydestä mielenterveysympäristössä vallitsee kuitenkin yhteisymmärrys, ja muutos on välttämätön. Sen sijaan, että oikeudellisia tai eettisiä perusteluja käytettäisiin nykytilanteen perustelemiseksi, tarvitaan yhteisiä ponnisteluja sen hylkäämiseksi. Välttömästi toteutettavissa olevien toimenpiteiden laiminlyönti tällaisen muutoksen kustannuksella ei ole enää hyväksyttävää, ja erityisraportoija ehdottaakin viittä tarkoituksellista, kohdennettua ja konkreettista toimenpidettä seuraavasti:

- (a) Vaihtoehtojen kehittäminen julkisen terveydenhuollon pakkopolitiikalle, jotka uudistavat myös lainsäädäntöä;
- (b) hyvin varustellun, pakkoon perustumattomien, vaihtoehtoisten hoitomallien työkalupakin kehittäminen;
- (c) etenemissuunnitelman laatiminen lääketieteellisten pakkokäytäntöjen radikaaliksi vähentämiseksi sekä niiden poistamiseksi osallistamalla erilaiset sidosryhmät mukaan prosessiin, sisältäen oikeudenhaltijat;
- (d) hyvien käytäntöjen vaihdon ja kansallisen sekä kansainvälisen yhteistyön perustaminen ja tukeminen;
- (e) tutkimusinvestointien laajentaminen määrälliseen ja laadulliseen tiedonkeruuseen näiden tavoitteiden saavuttamiseksi sekä edistymisen seuraamiseksi.

## H. Sosiaaliset tekijät mielenterveyden taustalla

67. Oikeus terveyteen sisältää sekä oikeuden terveydenhuoltoon että terveyden taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin. Kansanterveydellä on niin yksilöllinen kuin kollektiivinen ulottuvuus. Nämä ulottuvuudet ovat olennaisen tärkeitä oikeuksien turvaamiseksi liittyen terveyden taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin. Ottaen huomioon mielenterveyden ja fyysisen terveyden, psykososiaalisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön välisen syvän yhteyden, oikeus terveyttä tukeviin tekijöihin on koko mielenterveysoikeuden toteutumisen ennakoedellytys. Kansainvälisen ihmisoikeussääntelyn mukaan valtioiden on toimittava useiden taustalla olevien tekijöiden, kuten väkivallan, kannustavan perheympäristön ja syrjinnän kohdalla varmistaakseen erityisesti lasten ja naisten sekä vajaakuntoisten henkilöiden oikeuden terveyteen. Lyhyesti sanottuna mielenterveysoikeuden kunnioittaminen, suojeleminen ja toteuttaminen edellyttää yhteisiä toimia tiettyjen mielenterveyteen liittyvien edellytysten turvaamiseksi.

68. Erilaiset kansainväliset ja alueelliset prosessit ovat auttaneet määrittelemään kansanterveyttä ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden välttämättömyyttä terveyden sosiaalisten tekijöiden käsittelemiseksi. Terveyttä määritteleviä sosiaalisia tekijöitä käsittelevän komission loppuraportti toimi aiheeseen liittyen edelläkävijänä korostaen kyseisten tekijöiden merkittävyyttä. Lääketiede, erityisesti mielenterveyden kohdalla, on suurelta osin yhteiskuntatiedettä. Tätä näkökulmaa tulisikin hyödyntää käytännön kehitystyössä. Jotta mielenterveyden eri tekijöitä koskeva näyttö voitaisiin ottaa täysimääräisesti huomioon, oikeuden näihin tekijöihin on ulotettava eriarvoisuuden, syrjinnän ja fyysisen ympäristön ulkopuolelle ymmärtäen terveellisen psykososiaalisen ympäristön dokumentoidunkin vaikutuksen mielenterveyteen (ks. A / 70/213 kohta 55 ja A / 71/304, 16 ja 19 kohta). Tähän sisältyy väkivallattomuutta ja suhteita perheissä, kouluissa, työpaikoilla, yhteisöissä sekä terveys- ja sosiaalipalveluissa edistävän julkisen politiikan kehittäminen.

## VI. Paradigman muutos

### A. Ihmisoikeuksien välttämättömyys mielenterveyden edistämässä ja sen häiriöiden ehkäisyssä

69. WHO on huomionnut oikeusperustaisten strategioiden kehittämisen tärkeyden koko väestön mielenterveyden edistämiseksi ja suojelemiseksi. Yksilölliset ja sosiaaliset tekijät, kulttuuriarvot ja jokapäiväisen elämän sosiaaliset kokemukset perheissä, kouluissa, työpaikoilla ja yhteisöissä vaikuttavat jokaisen mielenterveyteen. Lasten viettäessä suuren osan ajastaan kouluissa, ja aikuisten työpaikoillaan, oikeuksiin perustuvan mielenterveystoiminnan on edistettävä terveellistä, turvallista ja mahdollistavaa, mutta samalla myös väkivallatonta, syrjimätöntä tai muita väärinkäytöksiä sisältämätöntä ympäristöä. Myös yksilön mielenterveys vaikuttaa elämään kyseisillä elämän osaluilla ja on olennainen osa yhteisöjen ja väestön terveyden muokkautumista. Väestölliset lähestymistavat mielenterveyden edistämiseen vievät terveydenhuoltojärjestelmää yksilöiden hoitamisesta kohti toimia, jotka kohdistuvat erilaisiin rakenteellisiin, mielenterveyteen negatiivisesti vaikuttaviin esteisiin ja eriarvoisuuksiin (sosiaaliset tekijät).

70. Mielenterveysalalla tuntuu vallitsevan yleisesti hyväksytty sitoumus maksaa sairaaloista, sängyistä ja lääkkeitä sellaisen yhteiskunnan rakentamisen sijaan, jossa jokainen voisi kukoistaa. Valitettavasti mielenterveystoimissa ennaltaehkäisy ja edistys ovat unohdettuja vaihtoehtoja. Haitalliset oletukset, joiden mukaan hyvä mielenterveys voitaisiin saavuttaa pelkällä hyvällä tahdolla ja uhrauksilla, mahdollistavat tällaisen toimettomuuden.

71. Velvollisuus turvata sosiaalisten tekijöiden suotuisuus mielenterveyden edistämiseksi edellyttää monialaista toimintaa kaikkien asiaankuuluvien tahojen vahvan sitoutumisen varmistamiseksi. Esimerkiksi itsemurhien ehkäisyohjelmat on perinteisesti kohdennettu korkean riskin ryhmille ja niissä käsitellään kliinistä masennusta biolääketieteellisenä ilmiönä. Samalla kuitenkin itsemurhan sosiaalisia ja ympäristöllisiä tekijöitä väestöpohjaisten lähestymistapojen avulla käsittelevät monialaiset ohjelmat näyttävät lupaavammilta. Kiusaaminen kouluissa on toinen ilmiö, jota tulee pitää maailmanlaajuisena ja kansallisena kansanterveyden painopistealueena. Valtioiden tulisi ennen kaikkea puuttua emotionaalisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin, kohdistamalla katseensa pikemminkin ihmissuhteisiin kuin yksilöihin.

72. Ympäristö, jossa kunnioitetaan, suojellaan ja toteutetaan ihmisoikeuksia ja joka on vapaa kaikesta väkivallasta (ml. sukupuoleen perustuva väkivalta) on tehokkaan terveyden edistämisen perusta. Kansanterveys ja psykososiaaliset toimet ovat oikeusperustaisen mielenterveysjärjestelmän olennaisia osia, eivät ylellisyyttä. Asiaankuuluvien toimien on perustuttava ihmisten vaikutusmahdollisuuksiin. Mahdollisuuksiin hallita ja parantaa terveyttään.

### Vastoinkäymiset lapsuudessa ja nuoruudessa

73. Tutkimus on osoittanut lapsuuden aikana koettujen vastoinkäymisten ja traumojen vahingollisen vaikutuksen mielenterveyteen ja sosiaalisuuteen. Toksinen stressi, väkivaltaiset perhe- ja muut läheiset suhteet, pienten lasten sijoittaminen laitoshoidon, kiusaaminen, lasten seksuaalinen, fyysinen ja emotionaalinen hyväksikäyttö sekä vanhempien menetys vaikuttavat kielteisesti aivojen kehitykseen ja henkilön kykyyn muodostaa terveitä ihmissuhteita sekä kykyyn ymmärtää oikeuttaan terveyteen täysipainoisesti aikuisuuteen siirtyessään (ks. A / HRC / 32/32, 6773 ja A / 70/213, 67 kohta).

74. Erityisraportoiija korostaa laitoshoidon tuhoisia vaikutuksia pieniin lapsiin, erityisesti heidän mielenterveyteensä ja kokonaisvaltaiseen kehitykseensä. Lasten mielenterveyteen liittyvät palvelut kärsivät riittämättömistä investoinneista hoidon ja henkilöstön laatustandardien loistaessa poissaolollaan. Tässä ympäristössä vajaakuntoisten tai sosiaalisista ja emotionaalista kehityksen vaikeuksista kärsivien lasten kaltoinkohtelu on yleistä, etenkin laitoshoidossa. On olemassa monia esimerkkejä innovatiivisista lasten mielenterveyspalveluista ja -käytännöistä, ja vakuuttavaa tutkimusta niiden tehokkuudesta mielenterveyden edistämässä ja mielenterveysongelmien pahentumisen estämisessä. Hyviä käytäntöjä sisältävät ohjelmat jäävät kuitenkin usein vain

pilottihankkeiksi poliittisen tahdon puuttuessa niiden toistamiseksi ja valtavirtaistamiseksi yleisiin lastenhoitopalveluihin.

75. Mielen terveyspalvelujen ollessa usein aliresursoituja, huonolaatuiset asuin- ja laitoshoitopalvelut johtavat hoidon liialliseen lääketieteellistämiseen, väkivaltaan ja muihin lasten oikeuksien loukkauksiin. Tällaisista käytännöistä on luovuttava tai niitä on muutettava olennaisesti. Ja mikä tärkeintä, lapsuuden vastoinkäymisiä käsittelevät ohjelmat on järjestettävä osallistaviksi ja sellaisiksi, että ne tunnistavat ja tunnustavat lapsen oikeudenhaltijaksi, kunnioittavat heidän kehittyviä valmiuksiaan ja oikeuttavat lapsille ja heidän perheilleen mahdollisuuden parantaa mielen terveyttään ja hyvinvointiaan.

## **B. Hoito: Eristäytymisestä yhteisöllisyyteen**

76. Oikeus terveyteen on perustavanlaatuisen opas valtioille kohti paradigman muutosta, joka on toipumiseen ja yhteisöllisyyteen perustuva, edistää sosiaalista osallisuutta ja tarjoaa erilaisia oikeuksiin perustuvia hoitoja sekä psykososiaalista tukea perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

77. Pelkistäviä biolääketieteellisiä lähestymistapoja hoitoon, joka ei ota riittävästi huomioon eri asiayhteyksiä ja ihmissuhteita, ei voida enää pitää terveysoikeuden mukaisina. Biolääketiede on edelleen tärkeä osatekijä, mutta vallitsevasta määräävästä asemasta on tullut haitallinen sen heikentäessä oikeuksien haltijoiden asemaa ja vahvistaessa leimautumista ja syrjäytymistä. Monissa osissa maailmaa yhteisöllistä hoitoa ei ole saatavilla, saavutettavissa, se ei ole hyväksyttävää ja/tai riittävän laadukasta (ja on usein rajoittunut psykoaktiivisiin lääkkeisiin). Suurin osuus psykiatrisista sairaalapaikoista on erotettu muusta terveydenhuollosta nimenomaan korkeamman tulotason valtioissa. Alhaisemman tulotason ja keskituloisten maiden olisikin otettava tämä varoituksena, luoda erilainen polku ja siirtyä oikeusperustaiseen mielen terveyden hoitoon.

### **Mielen terveyden valtavirtaistaminen**

78. Oikeus terveyteen edellyttää mielen terveyden hoidon saattamista lähemmäksi perusterveydenhuoltoa ja yleistä lääketiedettä. Tämä on mahdollista yhdistämällä mielen terveys fyysiseen terveyteen niin ammatillisesti, poliittisesti kuin maantieteellisestikin. Se ei vain integroisi mielen terveyspalveluja yleiseen terveydenhuoltoon jokaisen saataville, vaan varmistaisi myös sen, että kokonainen ja perinteisesti yleisestä terveydenhuollosta eristetty ihmisryhmä, myös vajaakuntoiset, saisivat hoitoa ja tukea tasa-arvoisesti muiden kanssa. Osallistavuus tuo myös sosioekonomisia etuja. Mielen terveys koskee kaikkia, ja palveluiden tulisi niitä tarvittaessa olla kaikkien saatavilla niin perus- kuin erikoissairaanhoidon tasoilla.

### **Välttämättömät psykososiaaliset interventiot**

79. Vaikka psykoaktiivisista lääkkeistä voi olla hyötyä, kaikki eivät reagoi niihin hyvin ja monissa tapauksissa niitä ei edes tarvittaisi. Psykoaktiivisten lääkkeiden määrääminen voi olla terveyteen liittyvien oikeuksien kanssa ristiriidassa. Ei siksi, että ne eivät olisi tarkoituksenmukaisia ja tarpeen, vaan siksi, että vaikuttavia, psykososiaalisia ja kansanterveyttä edistäviä toimenpiteitä ei ole saatavilla. Esimerkiksi useimmissa lievän ja keskivaikean masennuksen, "tiivin seurannan", tapauksissa psykososiaalisen tuen ja psykoterapian tulisi olla etulinjan hoitoja.

80. Huolimatta velvollisuudesta tarjota psykososiaalisia interventioita sekä tukea ja varmistaa terveysoikeuden toteutuminen, nämä hoitomuodot katsotaan valitettavasti pikemminkin ylellisyydeksi kuin pääasialliseksi hoidoiksi. Tämän vuoksi kyseisiltä hoitomuodoilta puuttuu myös pitkäjänteinen rahoitus terveydenhuoltojärjestelmissä. Näin on huolimatta todisteista, jotka osoittavat niiden vaikuttavuuden ja sen, kuinka välttämättömiä toimenpiteet olisivat positiivisten terveystulosten saavuttamiseksi ja yksilöiden suojaamiseksi mahdollisesti haitalliselta, laajemmin yksityisyyteen kajoavalta lääketieteellistymiseltä. Tärkeää on huomioida se, että nämä hoitomuodot voivat sisältää nimenomaan yksinkertaisia, edullisia ja lyhytaikaisia toimenpiteitä, jotka olisi mahdollista toteuttaa yhteisön tavallisissa terveydenhuoltopalveluissa. Sairaanhoidajilla, yleislääkäreillä, kättilöillä, sosiaalityöntekijöillä ja kaiken tasoilla terveydenhuollon työntekijöillä tulee olla psykososiaaliset taidot saavutettavuuden, integraation ja



jatkuvuuden varmistamiseksi. Psykososiaalisten toimenpiteiden – ei lääkkeiden – tulisi olla ensilinjan hoitovaihtoehto suurimmalle osalle mielenterveysongelmista kärsivistä ihmisistä.

## Henkinen pahoinvointi ja toipuminen

81. Vaikka mielenterveyden paradigman muutos vaatii siirtymistä kohti integroitua ja koko väestöä koskevia palveluja, esiintyy henkistä kärsimystä edelleen ja oikeusperustaista hoitoa tarvitaan vastaamaan tähän kysyntään. Vakavien tapausten hoitoon kohdistetut toimenpiteet ovat ehkä suurimpia rikkomuksia biolääketieteellisessä perinteessä. Pakkokeinot, lääkehoito ja syrjäytyminen, jotka ovat seurausta perinteisistä psykiatrisista hoitosuhteista, on korvattava nykyaikaisella ymmärryksellä paranemisesta ja näyttöön perustuvista palveluista. Palveluista, jotka palauttavat ihmisarvon ja oikeuksien haltijat takaisin perheisiinsä ja osaksi yhteisöä. Ihmiset voivat toipua ja toipuvatkin jopa vakavimmista mielenterveysongelmista ja elävät tämän jälkeen täyttä ja rikasta elämää.

82. Toipumiselle ei ole olemassa yhtä määritelmää sen ollessa jokaiselle erilainen, henkilökohtainen matka kohti mielekästä elämää. Toipumisenäkökulmaan perustuva, Ihmisoikeuksien mukaisesti sovitettu hoito on auttanut murtamaan epäsymmetriset valta-asetelmat antaessaan ihmisille voimaa ja tekemällä heistä *muutoksentekijöitä* passiivisen hoidonsaajan sijasta. Tällä alueella on saavutettu jo valtavia edistysaskelia. Askelia, joista saadaan näyttöä, kun toipumiseen perustuva tuki ja palvelut palauttavat ympäri maailmaa ihmisten toivoa (ja luottamusta) palveluihin sekä itseensä.

83. Vertaistuki on olennainen osa toipumiseen perustuvia palveluita, kun sen kohdalla ei tehdä kompromisseja. Se tarjoaa toivoa ja auttaa ihmisiä oppimaan toisiltaan muun muassa vertaistukiverkoston, toipumiskurssien, klubitalojen ja vertaisjohtoisten kriisitalojen kautta. Lapissa avoin dialogi, esimerkkinä onnistuneesta mielenterveysjärjestelmästä, on korvannut lääkkeellisen kriisihoidon kokonaan. Muita paktoon perustumattomia malleja ovat esimerkiksi mielenterveyden kriisikeskukset, hengähdystalot, kehitetyt sosiaalisen osallisuuden yhteisömallit, henkilökohtaiset asiamiehet, voimaannuttava psykiatria ja perhetukikokoukset. Soteria House -hanke on pitkäaikainen toipumisorientaatioon perustuva malli, jota on monistettu useissa maissa. Saatavilla olevien vaihtoehtojen lisääntyminen sekä suostumukseen perustumattomien toimenpiteiden käyttöä koskeva koulutus ovat kriittisiä indikaattoreita mitattaessa yleistä edistymistä pyrkimyksessä noudattaa oikeutta terveyteen.

## VII. Johtopäätökset ja suositukset

### A. Johtopäätökset

84. Mielenterveysalaa on usein laiminlyöty ja saadessaankin lisäresursseja, sitä hallitsevat usein tehottomat ja haitalliset mallit, asenteet sekä epätasapaino. Tämä on johtanut nykytilanteeseen, jossa oikeusperustaista mielenterveyttä edistävän hoidon tarve jää karkeasti kohtaamatta. Mielenterveyspalveluita tarvitsevat kaikissa ikäluokissa kärsivät liian usein joko hoidon ja tuen puuttumisesta tai tehottomista ja haitallisista palveluista.

85. Tämänhetkistä epäonnistumista mielenterveysjärjestelmissä tapahtuvien ihmisoikeusloukkausten torjunnassa ei voida hyväksyä. Mielenterveyden noustessa poliittiseksi painopistealueeksi, on korvaamattoman tärkeää arvioida näitä epäonnistumisia paremman etenemissuunnitelman laatimiseksi sekä yksimielisyyteen pääsemiseksi sen osalta, miten ja mihin investointeja tulisi kohdistaa.

86. Arvioitaessa maailmanlaajuisten esteiden aikaansaamaa kuormitusta näyttää huolestuttavasti siltä, että tämä taakka saattaa olla suurempi kuin mikään itse ”mielenterveyshäiriöiden” aiheuttama taakka. Mielenterveyden kriisiä ei tulisi hallita yksilötason mielenterveyden tilojen aiheuttamana kriisinä, vaan sosiaalisten esteiden kriisinä, joka vaikuttaa yksilön oikeuksien toteutumiseen negatiivisesti. Mielenterveyspolitiikassa olisikin puututtava ennemminkin ”valta-asemien epätasapainoon” kuin ”kemiolliseen epätasapainoon”.

87. Lähestymistavanmuutoksessa kiireellinen tarve olisi asettaa etusijalle terveystieteelliset innovaatiot väestötasolla. Tämä tulisi tehdä kohdistamalla katse sosiaalisiin tekijöihin, hyläten hallitseva lääketieteellinen malli, jonka ensisijaisena pyrkimyksenä on parantaa yksilö keskittymällä ”häiriöihin”.

88. Mielenterveydellä on nykyään ainutlaatuisia mahdollisuuksia. Aiheen kansainvälinen tunnustaminen maailmanlaajuisesti terveysvaatimukseksi, mukaan lukien kestävän kehityksen toimintaohjelma vuodelle 2030, on tervetullut edistysaskel. Oikeus terveyteen viitekehyksenä tarjoaa valtioille ohjeita siitä, miten oikeuksiin perustuvat käytänteet ja investoinnit on suunnattava jokaisen ihmisarvon ja hyvinvoinnin turvaamiseksi. Fyysisen ja henkisen terveyden tasa-arvoisuuden saavuttamiseksi mielenterveys on integroitava julkiseen perusterveydenhuoltoon osallistamalla sidosryhmät sellaisen yhteiskuntapolitiikan kehittämiseen, jossa mielenterveyden taustatekijät ja niiden vaikutukset huomioidaan. Vaikuttavia psykososiaalisia interventioita yhteisöissä tulisi lisätä hylkäämällä pakon, eristämisen sekä liiallisen lääketieteellistämisen kulttuuri.

89. Maailmanlaajuisesti, myös matalan- ja keskitulon maissa, on jo käynnissä lupaavia aloitteita, jotka haastavat vallitsevan tilanteen. Tilan luominen vahvan poliittisen johtajuuden ja resurssien avulla näiden käytäntöjen muokkaamiseksi yhteisöissä on tehokas tapa edistää ja kehittää tarvittavia muutoksia.

90. Erityisraportoija pyrkii, kattavan ja osallistavan prosessin ja avoimen vuoropuhelun avulla, kehittämään sellaiset suuntaviivat ihmisoikeuksille ja mielenterveydelle, jotka tukevat kaikkia sidosryhmiä oikeusperustaisen mielenterveyspolitiikan toteuttamisessa, kukin omalla työalueellaan. Kommentit ja ehdotukset tähän suunnitelmaan liittyen ovat tervetulleita.

## B. Suositukset

91. Erityisraportoija peräänkuuluttaa johtajuutta kohtaamaan esteiden aiheuttaman maailmanlaajuisen kuormituksen ja sisällyttämään oikeusperustaisen mielenterveysinnovaation yhteiskuntapolitiikkaan. Tähän sisältyvät valtion päättäjät kansainvälisessä politiikassa, psykiatrian ammattikunnan johto arvioitaessa rakentavasti muutoksen välttämättömyyttä, mielenterveyspalvelujen johtajat, jotka johtavat muutosta esimerkillään, sekä kunnalliset virkamiehet, jotka puolustavat ruohonjuuritason innovaatioita. Näiden tahojen on tehtävä yhteistyötä valitsijoidensa kanssa, myös henkilöiden, joilla on henkisiä, kognitiivisia tai psykososiaalisia häiriöitä sekä autismin kirjon kuuluvien kanssa.

92. Biolääketieteellisen lähestymistavan epätasapainon korjaamiseksi mielenterveyspalveluissa erityisraportoija suosittelee, että:

(a) valtiot toteuttavat välittömiä toimenpiteitä kattavien ja mielekkäiden osallistumislustojen luomiseksi yhteiskuntapolitiikan suunnittelu- ja päätöksentekotasolla, sisällyttäen kehitystyöhön mm. psykologit, sosiaalityöntekijät, sairaanhoitajat, mielenterveyspalvelujen käyttäjät, kansalaisyhteiskunnan sekä köyhyydessä elävät ja heikoimmassa asemassa olevat ihmiset;

(b) valtiot ja muut asiaankuuluvat sidosryhmät, akateemiset laitokset mukaan luettuina, kalibroivat mielenterveystutkimuksen painopisteet uudelleen itsenäisen, laadullisen ja osallistavan yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen ja tutkimusalojen edistämiseksi etsimällä vaihtoehtoisia ja pakkoon perustumattomia palvelumalleja;

(c) valtiot ryhtyvät yhteistyöhön akateemisten laitosten kanssa lääketieteellisen koulutuksen oikeusperustaiseen ja näyttöön perustuvaan mielenterveyteen liittyvän tiedollisen kuilun korjaamiseksi.

93. Sen varmistamiseksi, että sosiaaliset ja muut määräävät taustatekijät jokaisen ihmisen mielenterveyden edistämässä otetaan huomioon, erityisraportoija suosittelee, että valtiot:

(a) asettavat yhteiskuntapolitiittisesti mielenterveyden edistämisen ja ongelmien ehkäisyn etusijalle laajentamalla investointeja asianomaisissa ministeriöissä;

(b) ryhtyvät välittömästi toimiin sellaisen yhteiskuntapolitiikan kehittämiseksi, joka kestävän kehityksen tavoitteiden mukaisesti käsittelee mielenterveyttä ja varhaislapsuuden ja murrosiän kokonaisvaltaista kehitystä asettamalla etusijalle mielenterveyden edistämisen sekä psykososiaaliset toimenpiteet;

(c) toteuttavat politiikkaa ja lainsäädännöllisiä toimenpiteitä väkivallan ehkäisemiseksi kaikissa ympäristöissä, joissa ihmiset asuvat, opiskelevat ja työskentelevät;

(d) ryhtyvät välittömiin toimiin haitallisten sukupuolistereotypioiden ja sukupuoleen perustuvan väkivallan torjumiseksi sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden saatavuuden varmistamiseksi;

(e) toteuttavat välittömiä toimenpiteitä lasten ruumiillisen rangaistuksen ja heidän laitoshoidonsa poistamiseksi, vajaakuntoiset lapset mukaan luettuina.

94. Jotta kansainvälinen yhteistyö mielenterveysoikeuden ja Agenda 2030 -ohjelman mukaisesti voidaan varmistaa, valtioiden sekä monenkeskisten ja kansainvälisten instituutioiden tulisi:

(a) lopettaa kaikenlainen taloudellinen tuki syrjiville mielenterveyslaitoksille, suurille psykiatrisille sairaaloille ja muille eristyneille tiloille ja palveluille;

(b) laajentaa oikeus mielenterveyteen koskemaan terveyttä, köyhyyden vähentämistä sekä näiden kehitysstrategioita ja toimenpiteitä, ja niin ikään sisällyttää kyseinen oikeus nimenomaisesti yleiseen ja ensisijaiseen terveyspolitiikkaan ja -suunnitelmaan;

(c) edistää maailmanlaajuisia mielenterveyttä kaikissa kestävän kehityksen tavoitteiden seurantatoimissa, myös korkean tason poliittisilla foorumeilla.

95. Varmistaakseen, että terveydenhuoltopalvelut takaavat jokaisen oikeuden mielenterveyteen, valtioiden tulisi:

(a) varmistaa, että mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat mukana palvelujen, järjestelmien ja politiikan suunnittelussa, toteuttamisessa, soveltamisessa ja arvioinnissa;

(b) lopettaa investointien suuntaaminen laitoshoidon ja ohjata ne yhteisöpalveluihin;

(c) investoida psykososiaalisiin palveluihin, jotka on integroitu perusterveydenhuoltoon ja yhteisöpalveluihin käyttäjien vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi ja heidän autonomiansa kunnioittamiseksi;

(d) lisätä investointeja vaihtoehtoihin mielenterveyspalveluihin ja tukimalleihin.

(e) kehittää tarkoituksenmukaisten, (myös kulttuurisesti) hyväksyttävien ja laadukkaiden psykososiaalisten toimenpiteiden peruspaketti ydinosaan yleistä kattavaa terveydenhoitoa;

(f) toteuttaa kohdennettuja ja konkreettisia toimenpiteitä lääketieteellisen pakon vähentämiseksi radikaalisti ja helpottaa siirtymistä kohti kaiken pakotetun psykiatrisen hoidon ja vapaudenriiston lakkauttamista;

(g) hakea teknistä apua WHO:n QualityRights -aloitteesta mielenterveyden hoidon laadun arvioimiseksi ja parantamiseksi.