

Kristian Wanibeck

Från forskning till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990

RAPPORT



© Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck THL

Ombrytning: Nina Karlsson

ISBN 978-952-245-301-3 (tryckt)

ISSN 1798-0070 (tryckt)

ISBN 978-952-245-302-0 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Universitetstryckeriet

Helsingfors 2010

Förord

Denna rapport utgör den finska landsrapporten i det samnordiska projektet ”Från reformintention till lokal praxis - hur har de nordiska ländernas reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd”. Projektet utgör en del av den handlingsplan för nordiska projekt inom området psykisk hälsa som den nordiska ämbetsmannakommittén för social- och hälsofrågor godkände i juni 2009, på initiativ av det nordiska hälsoministtermötet år 2008. Projektet, som leds av professor Rafael Lindqvist från Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet, strävar till en komparativ analys av hur man i de nordiska länderna översatt reformer på psykiatri- och socialtjänstområdena till konkreta vård- och stödinsatser.

Rapporten åtföljs av en omfattande och unik sammanställning av nyckeldata för mentalvården i Finland under åren 1990–2008.

Det är vår förhoppning att den föreliggande landsrapporten också skall kunna fungera som en kort introduktion till den finländska mentalvårdspolitiken för även en bredare läsarkrets i behov av information på svenska. Finland kommer år 2011 att vara Nordiska ministerrådets ordförandeland, och denna skrift vill även vara ett litet bidrag till det nordiska kunskapsbytet inom mentalvårdsområdet under Finlands ordförandeperiod.

Kristian Wahlbeck
Forskningsprofessor
Institutet för hälsa och välfärd, Vasa

Sammandrag

Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 24/2010. 57 sidor. Helsingfors 2010.

ISBN 978-952-245-301-3 (tryckt), ISBN 978-952-245-302-0 (pdf)

Mentalvården i Finland har sedan början av 1980-talet genomgått en övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till öppenvård. Övergången har färgats av att ansvaret för mentalvårdstjänsterna under början av 1990-talet överfördes från separata mentalvårdsdistrikt till kommunerna. Mentalvårdens utveckling är en del av en omorganisering av social- och hälsovårdstjänsterna i Finland på ett bredare plan, men återspeglar även ett ideologiskt nytänkande i form av satsning på social delaktighet i kombination med ökande marknadsekonomiska inslag i de offentliga tjänsterna, samt en vilja att decentralisera servicestrukturen. De främsta målsättningarna har varit att motverka ett ökat behov av långtidsvård, att utveckla och öka utbudet av tjänster inom öppenvården, fokusera på utveckling av klientnära tjänster, samt att främja brukarnas initiativ och förmåga att reda sig i samhället. Större vikt har även lagts på preventivt arbete och ett tidigt ingripande.

Förändringar inom mentalvården har skett både på lagstiftningsnivå och med nationella rekommendationer och har fått stöd av en rad nationella utvecklingsprojekt. Centrala utvecklingsprojekt på statsförvaltningsnivå har varit bl.a. mål- och verksamhetsprogrammen för social- och hälsovården (TATO), det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE-programmet) och Mieli 2009-planen för mentalvårds- och missbrukararbete.

Kommunerna ansvarar för att mentalvårdstjänster finns att tillgå. Mentalvård erbjuds främst som en del av primärvården, socialvården och den psykiatriska specialsjukvården, men kommunerna kan också inhandla tjänster från privata producenter och tredje sektorns aktörer.

Trots den målmedvetna utvecklingen i den öppna mentalvården som skett under de närmaste 15–20 åren, är tjänsteutbudet idag alltfjänt inte tillräckligt mångsidigt. Hos barn och unga har tvångsintagningar till sjukhusvård ökat kraftigt, vilket reflekterar tillkortakommanden i öppenvården för barn och unga. Det stigande antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa tyder på brister i mentalvården och minskad beredskap att på arbetsmarknaden acceptera psykiska funktionshinder. Sysselsättningsverksamheten för psykiskt funktionshindrade är inte tillräcklig och den inflexibla arbetsmarknaden erbjuder inte realistiska arbetsmöjligheter för psykiskt funktionshindrade. Boendetjänster, vars syfte är att rehabilitera klienter till ett självständigt vardagsliv, har i många fall bytts till ett permanent boende. Boende- och sysselsättningstjänster verkar inte bilda broar till ett självständigt vardagsliv.

Reformarbetet i Finland är på hälft och övergången till en mångsidig öppenvård är pågående. Den nedmontering av psykiatrisk institutionsvård som skett sen 1980-

talet har drastiskt minskat antalet psykiatriska vårdplatser i sjukhus. Reformarbetet kan, trots en nedskärning av psykiatrins resurser under 1990-talet, betecknas som lyckat. Självorden har minskat, även bland personer som nyligen utskrivits från psykiatrisk slutenvård. Öppenvårdens volym har ökat, men utveckling och insatser behövs för en bättre fungerande och mångsidigare öppenvård. Servicecentren för arbetskraft har genom individuella, multidisciplinära stödåtgärder kunnat förebygga marginalisering och finna lösningar i komplicerade fall. En positiv utveckling har även skett inom tredje sektorns verksamhet för psykiskt funktionshindrade. Mentalvårdslagen, den offentliga debatten och personliga framträdanden av välkända personer med psykisk ohälsa har bidragit till mera öppenhet kring psykisk ohälsa och den allmänna opinionen stöder utvecklingen av öppenvård. Övergången till öppenvård har dock inte tillräckligt ökat mentalvårdsklienters sociala delaktighet. Personer med svåra psykiska funktionshinder har inte erbjudits praktiskt fungerande metoder för återintegrering och rehabilitering till ett självständigt liv, utan de långa vårdperioderna på sjukhus har för många ersatts av långvarigt boende i boendetjänster som inte stöder återhämtning eller delaktighet.

Reformarbetet har skapat förutsättningar för ett mångsidigt utbud öppenvårdstjänster och sysselsättningsverksamhet, men i många fall utgör fördomar, inflexibilitet och en brist på vilja de avgörande hindren för att inkludera psykiskt funktionshindrade i samhällets olika funktioner.

Nyckelord: mentalvård, mentalvårdspolitik, psykiatri, psykiatrireform, Finland

Tiivistelmä

Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990 [Uudistusaikeista käytäntöön: Mielenterveyspalveluiden kehitys Suomessa vuodesta 1990]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 24/2010. 57 sivua. Helsinki 2010.

ISBN 978-952-245-301-3 (painettu), ISBN 978-952-245-302-0 (pdf)

Suomen mielenterveyspalvelujen muutoksiin on keskeisesti vaikuttanut 1980-luvulla alkanut siirtymä laitoskeskeisestä hoidosta avohoitopainotteisiin mielenterveyspalveluihin. Siirtymää värittä etenkkin mielenterveyspalvelujen siirto sairaanhoitopiireistä kuntien vastuulle. Mielenterveyspalvelujen kehitys on ollut osa Suomessa tapahtuvaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laajaa uudelleenorganisointia. Palvelujen kehittämistavoitteet kuvastavat uusajattelua, jossa keskeisessä asemassa ovat yhteiskunnallinen osallistaminen yhdistettynä julkisia palveluja värittävään markkinataloudelliseen ajatteluun, sekä palvelurakenteen hajasijoittaminen. Ensisijaisena tavoitteina ovat olleet kasvavan pitkäaikaissairaanhoidon tarpeen ehkäisy, avohoidon palvelujen kehittäminen ja lisääminen, asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen, sekä palvelunkäyttäjien oma-aloitteisuuden ja yhteiskunnassa pärjäämisen edistäminen. Myös ennaltaehkäisevä työ, sekä varhainen puuttuminen mielenterveysongelmiin ovat olleet keskeisiä kehittämisen kohteita.

Mielenterveyspalveluja on muokattu sekä lakimuutoksin että suosituksin. Valtiohallinnon tasolla palvelujen kehittämistä on tuettu erilaisin kansallisin kehittämishankkein. Keskeisiä valtion hankkeita ovat olleet sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO), sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet (KASTE-ohjelma), sekä kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009.

Kunnat vastaavat pääasiallisesti mielenterveyspalvelujen saatavuudesta. Mielenterveyspalvelut muodostavat osan perusterveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa, joita täydentää psykiatrisen erikoissairaanhoito. Kunnat voivat lisäksi myös ostaa palveluja yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoilta.

Mielenterveyden avohoitopalveluissa ei ole, määrätietoisesta kehittämisestä huolimatta, saavutettu riittävää monipuolisuutta. Lasten ja nuorten pakkohoito on kasvanut voimakkaasti, mikä kuvastaa puutteita lasten- ja nuortenpalveluissa. Mielenterveysongelmista johtuen työkyvyttömyyseläkettä saavien määrän kasvu ilmaisee mielenterveyspalvelujen puutteita, sekä työmarkkinoiden heikentynyttä valmiutta hyväksyä työntekijöiden psyykkisiä toimintarajoitteita. Työllistävää toimintaa ei ole riittävästi tarjolla, eikä toiminnan kautta voida tarjota mielenterveyskuntoutujille sopivia työmahdollisuuksia. Mielenterveyskuntoutujien itsenäistä arkea tukevat kuntouttavat asumispalvelut ovat monen mielenterveyskuntoutujan kohdalla muuttuneet kuntouttavasta toiminnasta pysyviksi asumismuodoiksi. Asumispalvelut ja

työllistävä toiminta eivät näyttäisi muodostavan toivottavaa siirtymää itsenäiseen arkielämään.

Mielenterveyspalveluja uudistava työ ja siirtyminen avohoitoon ovat Suomessa tätä nykyä kesken. 1980-luvulla alkanut psykiatrisen laitoshoidon purkaminen on vähentänyt laitoshoitopaikkojen määrää huomattavasti. Psykiatristen resurssien vähentämisestä 1990-luvulla huolimatta, voidaan mielenterveyspalvelujen kehittämistyötä pitää onnistuneena. Itsemurhakuolemien määrä on vähentynyt, myös psykiatriesta laitoshoidosta vastikään kotiutettujen keskuudessa. Avohoidon volyyymi on kasvanut, mutta toimenpiteitä tarvitaan edelleen toimivamman ja monipuolisemman avohoidon kehittämiseksi. Työvoiman palvelukeskukset ovat ehkäisseet syrjäytymistä ja edistäneet monimutkaisten tapausten ratkaisemista moniammatillisin tukitoimin. Myönteistä kehitystä on nähtävissä myös kolmannen sektorin palvelutarjoajien mielenterveysongelmallisille suuntaamassa toiminnassa. Mielenterveyslaki, julkisuudessa mielenterveydestä käytävä keskustelu, sekä tunnettujen henkilöiden avoimuus mielenterveysongelmistaan, ovat edistäneet avoimempaa suhtautumista psyykkiseen sairauteen, sekä myönteistä suhtautumista avohoitoon. Avohoidon palvelujen kautta ei kuitenkaan ole riittävässä määrin pystytty vahvistamaan mielenterveyskuntoutujien asemaa yhteiskunnallisina toimijoina. Vaikeista mielenterveysongelmista kärsiville ei ole pystytty tarjoamaan uudelleenintegraatiota mahdollistavaa, itsenäiseen elämiseen johtavaa kuntoutusta. Pitkiä sairaalahoitjaksoja on korvattu pitkäaikaisilla, osallistumista ja palautumista edistämättömillä asumispalveluilla.

Kehittämistyö on luonut edellytyksiä monipuoliselle kuntoutukselle ja työllisyystoiminnalle. Ennakkoluuloihin ja kielteisiin asenteisiin vaikuttaminen, joustavuuden lisääminen, sekä tahto nähdä mielenterveyskuntoutujat yhteiskunnallisina toimijoina ovat avainasemassa kun tavoitteena on osallistaa mielenterveyskuntoutujat yhteiskunnan kaikilla osa-alueilla.

Avainsanat: mielenterveyspalvelut, mielenterveyspolitiikka, psykiatria, psykiatria-uudistus

Abstract

Nina Karlsson, Kristian Wahlbeck. Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990 [From Reform Intentions to Practice: Developments in Finnish Mental Health Care Since 1990]. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 24/2010. 57 pages. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-301-3 (printed), ISBN 978-952-245-302-0 (pdf)

A transformation from institutional care to non-institutional care has taken place in Finnish mental health care since the early 1980s. The transformation overlapped with the transfer of the main responsibility for provision of mental health care services from hospital districts to individual municipalities. Development of the mental health care is part of a large scale reform of social- and healthcare services in Finland. The reform reflects ideological rethinking through focus on social participation and increased influence of market economy thinking in public sector services, as well as through aims to decentralise the service structure. The central aim in the field of mental health care has been to reduce the need of long term care, to develop and increase the amount of non-institutional care, to focus on development of user oriented services and to encourage independent initiative abilities. Early intervention and preventive work is also prioritised in the development of mental health care services.

Development has taken place based on new legislation and on national recommendations, and has led to reorganisation of service structures. Strategic governmental development projects have been the Target and Action Plan for Social and Health Care (TATO), the National Development Plan for Social and Health Care Services (KASTE programme) and the “Mieli 2009” plan for mental health and substance abuse work.

Municipalities are responsible for providing mental health services, mainly through primary health care, social services and the psychiatric specialised health care. Municipalities may also purchase mental health care services from private and third sector service providers.

The supply of outpatient services has not yet reached a sufficient diversity, despite purposeful development measures. The number of sectioned minors has increased greatly, which reflects the shortcomings of outpatient care for children. The rising number of persons granted early retirement pension due to mental health problems indicate shortcomings in mental health care and a reduced acceptance of mental illness on the job market. The amount and diversity of occupational services for persons suffering from mental illness is inadequate, and realistic job opportunities are seldom offered. Housing services for persons suffering from mental illness often become permanent living arrangements, rather than temporary, rehabilitating housing arrangements. Neither occupational services nor housing

services for persons suffering from mental illness seem to meet with the rehabilitating aims set for such services.

Currently, the reformation of mental health services in Finland is still in progress, as the transmission to and development of a versatile network of non-institutional care continues. The dismantling of institutional and hospital care of mental illness, which begun in the 1980s, has drastically reduced the number of inpatient psychiatric beds. The reformations can, despite the reduction of resources for psychiatric care during the 1990s, be considered a success. Suicide rates have decreased, also among patients recently discharged from hospital care. The volume of non-institutional care has increased, however further development is needed in order to acquire a well functioning, versatile community service network. Service centres for labour have developed individual, multidisciplinary methods for support which prevent marginalisation. A positive development has also taken place in mental health services provided by third sector actors. The Mental Health Act, mental health related public debates, and the openness and public appearances of well known persons suffering from mental illness, have increased the openness towards mental health issues and the support of non institutional care. The transmission to outpatient services has however not been successful in increasing social participation for persons suffering from mental illness. No realistic methods for reintegration and rehabilitation have been provided for persons suffering from severe mental illness. Extended institutional care has been, in some cases, substituted by extended stays in housing service units that do not support rehabilitation and increased social participation.

The reformations have prepared the way for a diverse network of outpatient services and occupational services. However, prejudice, inflexibility and a lack of will seem to be the key obstacles that hinder a successful inclusion of persons suffering from mental illness into all sectors of society.

Keywords: mental health services, mental health policy, psychiatric care, psychiatric reform

Sisällys

Förord

Sammandrag

Tiivistelmä

Abstract

| | |
|---|----|
| Inledning | 13 |
| 1 Reformen | 15 |
| 1.1 Reformens intentioner | 15 |
| 1.1.1 Samhällsskyddsaspekter | 16 |
| 1.1.2 Förebyggande insatser samt vård- och sociala stödinsatser | 16 |
| 1.1.3 Främjande av psykisk hälsa | 16 |
| 1.2 Reformens relation till andra politikområden | 17 |
| 1.2.1 Jämlikhet och minskade hälsoklyftor mellan olika befolknings- grupper | 17 |
| 1.2.2. Sysselsättningsinsatser | 18 |
| 1.2.3. Motstridiga intentioner i olika relevanta politikområden | 19 |
| 1.2.4. Konsekvensbedömningar av hur politiska beslut i andra sektorer av stödsystemet påverkar den psykiska hälsan | 19 |
| 1.3. Reformens målgrupper | 19 |
| 1.4. Reformens styrformer | 20 |
| 2 Servicesystemet | 22 |
| 2.1. Lagstiftningen | 24 |
| 2.2. Kommunal tjänsteproduktion | 25 |
| 2.3. Privat tjänsteproduktion | 26 |
| 2.4. Service- och stödinsatser | 27 |
| 2.4.1. Vårdsektorn | 27 |
| 2.4.2. Socialtjänst | 28 |
| 2.4.3. Arbetsmarknadspolitik | 29 |
| 2.4.4. Socialförsäkringssektorn | 30 |
| 2.4.5. Tredje sektorn | 30 |
| 2.4.6. Målgrupper för insatser | 31 |
| 2.4.7. Innovativa inslag i servicestrukturen | 32 |
| 2.5. Professioner | 33 |

| | |
|--|----|
| 3. Arbetsmetoder och samverkansformer..... | 34 |
| 3.1. Arbetsmetoder..... | 35 |
| 3.1.1 Medikalisering..... | 36 |
| 3.1.2. Empowerment..... | 37 |
| 3.2. Samverkansformer..... | 38 |
| 3.2.1. Hinder för samverkan..... | 39 |
| 3.2.2. Servicecenter för arbetskraft..... | 40 |
| 4. Resultat..... | 41 |
| 4.1. Översikt över reformens resultat..... | 42 |
| 4.2. Slutord..... | 45 |
| Referenser..... | 51 |

Inledning

Mentalvårdens utveckling har i Finland varit starkt knuten till de allmänna utvecklingslinjerna inom social- och hälsovården. I Finland ansvarar kommunerna för social- och hälsovården i sin helhet och den offentliga mentalvården är en del av den kommunala servicen. Med undantag av de allra största städerna har dock kommunerna, i större eller mindre grad, överlåtit produktionen av specialiserade hälso- och sjukvårdstjänster såsom psykiatri åt kommunägda samkommuner som upprätthåller sjukvårdsdistrikt för specialiserad sjukvård.

Hälso- och sjukvårdens finansieringsmodell är i Finland en unik blandning av skatte- och försäkringsfinansiering. Den allmänna sjukförsäkringen, som upprätthålls av Folkpensionsanstalten (FPA), delfinansierar den privata sjukvården och företagshälsovården. Dessa sektorer erbjuder även mentalvårdstjänster, med undantag av sjukhusvård, men är av finansiella och arbetsrelaterade orsaker inte tillgängliga för alla. Den allmänna hälso- och sjukvården täcker alla åldersgrupper och socioekonomiska grupper och erbjuder alla typer av mentalvård. Finansieringsmodellen innebär olika villkor för tillgänglighet: den bästa tillgången till mentalvårdstjänster har välsituerade personer i arbetslivet, som förutom den allmänna hälso- och sjukvården även har tillgång till privata mentalvårdstjänster och företagshälsovårdens tjänster.

I Finland har mentalvårdsarbetet från 1980-talet präglats av en långsam övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till öppenvård, på grundval av ideologier som växte fram på 1970-talet. Mentalvårdens servicestruktur har genomgått omfattande förändringar både på lagstiftningsnivå, på normnivå och genom omorganiseringar av servicestrukturer. Någon entydigt avgränsad psykiatrireform har inte ägt rum i Finland, utan det har varit fråga om en utvecklingsprocess. En klar milstolpe utgör dock den nya mentalvårdslagen, som trädde i kraft 1991¹. Andra viktiga hörnstenar är folkhälsoprogrammet Hälsa 2015², som antogs år 2001, kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna från år 2001³, och den nya nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbetet, Mieli 2009⁴. Dessa kallas i fortsättningen för "policydokumenten".

År 1993 avslutades centralstyrningen av hälso- och sjukvården och kommunerna fick fullt ansvar för finansiering och organisation. Detta innebar inom mentalvården en splittring och decentralisering, vilket i ungefär hälften av kommunerna återspeglats som beslut om överflyttning av mentalvården från sjukvårdsdistrikten till kommunernas egna hälsocentraler i en strävan att bättre integrera mentalvården med övrig hälsovård och få bättre kostnadskontroll. Denna omstrukturering har inneburit en positiv utveckling i form av ökad öppenvård och en större roll för kommunernas primärvård, men också problem speciellt i kommuner med gles bebyggelse och få

invånare. I många fall har öppenvården inte utvecklats tillräckligt inom den nya servicestrukturen.⁵ Till följd av de omfattande strukturförändringarna gjordes år 1996 på initiativ av social- och hälsovårdsministeriet en utredning över mentalvården.⁶ På basis av utredningen startades projektet Ett meningsfullt liv!; en ram för ett antal utvecklingsprojekt inom mentalvårdsarbetet. Under 2000-talet har ett omfattande förändringsarbete inom kommun- och servicestrukturen kommit igång, vilket leder till att kommunerna blir större och kommer att innebära förändringar också i mentalvårdsarbetets administrativa strukturer.

Det nationella reformarbetet har backats upp av att finländska politiker och tjänstemän aktivt arbetat för att föra upp psykisk hälsa på den politiska agendan i EU. Centrala argument i detta arbete var ”det finns ingen hälsa utan psykisk hälsa” och ett skifte av fokus från individers psykiska störningar till den psykiska hälsans samhällseliga bestämningsfaktorer. En omformulering av begreppet ”psykisk hälsa” ägde rum. Psykisk hälsa definierades som en resurs, som är viktig inte bara för individens välbefinnande utan även för en hållbar och framgångsrik samhällsutveckling.⁷

1 Reformen

I Finland är reformarbetet en del av en omorganisering av social- och hälsovården på ett bredare plan och någon enskild avgränsad psykiatrireform har inte genomförts. Utvecklingen inom mentalvårdsarbetet har inneburit en övergång från sjukhus- och institutionscentrerad vård till en öppenvård som skall baseras på en klientnära service. Ett ökat behov av mentalvårdstjänster har bidragit till större satsningar på preventiva åtgärder och ingripande i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. En ökad uppmärksamhet fästs vid det växande antal finländare i arbetsför ålder som blir förtidspensionerade p.g.a. arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa och åtgärder har initierats för att minska sjukskrivningar och invalidpensioner relaterade till psykisk ohälsa.

1.1 Reformens intentioner

Reformarbetet inom mentalvården beskrivs i Finland främst i sociala termer. Reformen fick sin början framför allt i och med att sjukhus- och anstaltsvård inte längre betraktades som ändamålsenlig mentalvård. Syftet med att överföra mentalvårdstjänsterna till öppenvården var att minska institutionsvården, att modernisera och förbättra behandlingen, att neutralisera stigma kring psykiska problem och att göra mentalvården mera tillgänglig. Reformarbetets intentioner kom delvis att omintetgöras av den kraftiga ekonomiska depressionen i Finland 1990–1993. Även om nedmonteringen av mentalvård vid sjukhus genomfördes, kom nätverket av öppenvård aldrig att byggas ut tillräckligt på grund av sparåtgärder i samband med den ekonomiska depressionen.⁶

Ett återkommande tema i reformarbetet är målet att skapa en klientnära service. Klientens vårdbehov skall betraktas och åtgärdas som en helhet på ett för klienten anpassat vis. I reformen behandlas upprepat också behovet att samordna den splittade mentalvården, samt ett behov att tydliggöra kommunernas huvudansvar för mentalvårdsarbetet. Omorganiseringen av mentalvårdstjänsterna har dessutom sporrats av ett ökat behov av tjänster för ett nytt slags samhällsrelaterat illamående som förorsakas av förändringar i livsföringen och arbetslivet, ökande arbetstakt, prestationskrav och en marknadsekonomiskt inriktad värdegrund.⁸

1.1.1 Samhällsskyddsaspekter

Strävan att minska användningen av tvång har varit en av drivkrafterna bakom reformen. Samhällsskyddsaspekterna har inte varit centrala i diskursen. I samband med enskilda våldsbrott har bristerna i den psykiatriska öppenvården tagits upp, men krav på en kursändring i deinstitutionaliseringen har sällan uttalats.

Revideringen av mentalvårdslagen år 2002 gjordes främst för att i detalj reglera användningen av tvång. Trots uttalad strävan att minska tvånget i mentalvården, utnyttjas tvångsmetoder i Finland fortfarande i hög grad i jämförelse med den europeiska nivån.⁹ En av tre intagningar till psykiatrisk sjukhusvård sker oberoende av patientens vilja. Under åren 1990-2004 har inga märkbara förändringar skett i psykiatriska sjukhuspatienters risk att bli utsatta för tvångsåtgärder.¹⁰ Antalet barn och minderåriga som mot sin vilja tagits in på sjukhus har ökat kraftigt under åren 1995–2004.¹¹

Bruket av tvångsåtgärder inom mentalvården varierar mellan olika sjukvårdsdistrikt i Finland, främst på grund av regionala skillnader i vårdkultur och -system. Den nya nationella planen för mental- och missbrukarvården, Mieli 2009, innefattar ett förslag om ett nytt nationellt program för att minska tvånget inom den psykiatriska vården.⁴

1.1.2 Förebyggande insatser samt vård- och sociala stödinsatser

En ökande efterfrågan på tjänster har bidragit till medvetenhet om behovet av större satsningar på preventiva åtgärder. Tyngdpunkten i policydokumenten ligger på förebyggande insatser, varefter fokus överförs till snabba åtgärder i fall där patienten lider risk att insjukna. I Mieli 2009 -planen betonas att ett tidigt ingripande förhindrar uppkomsten av svåra fall som behöver långtidsvård.⁴

Den första samlade preventiva insatsen var det nationella programmet för förebyggande av självmord, som genomfördes 1986-1996.¹² Programmet, som byggde på att öka medvetenheten om självmordsproblemet och utbildningsinsatser i lokala projekt över hela landet, var en framgång och efter att en topp i självmordsdödligheten nåtts år 1990, har självmorden minskat med över 30 procent.¹³

1.1.3 Främjande av psykisk hälsa

Policydokumenten betonar starkt att begreppet mentalvårdsarbete och psykisk hälsa inte längre skall förknippas endast med sjukdom och störningar. Främjande av psykisk hälsa genom insatser för barn, unga och familjer har varit centrala strävanden i den finländska hälsopolitiken, såväl internationellt som nationellt. Psykisk hälsa skall även ses i dess positiva bemärkelse; psykisk hälsa är en del av folkhälsa, d.v.s. något som berör varje person i samhället.¹⁴

Viktiga insatser för att införa ett mera salutogent perspektiv i den mentalvårdspolitiska diskursen var den EU-konferens kring främjande av psykisk hälsa och social inklusion som Finland anordnade i Tammerfors under sitt EU-ordförandeskap år 1999.¹⁵ Processen som inleddes i Tammerfors ledde till att främjande av psykisk hälsa blev en av prioriteterna vid den europeiska ministerkonferens för psykisk hälsa som anordnades i Helsingfors år 2005 av WHO. Finland har i EU-sammanhang konsekvent arbetat för en bred syn på psykisk hälsa med betoning på universella hälsofrämjande insatser över sektorgränserna.¹⁶

Folkhälsoplanen Hälsa 2015 och kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna, båda från år 2001, räknar upp ett antal åtgärder för främjande av psykisk hälsa.^{2,3} Kommunens uppgift är att stöda invånarnas välbefinnande och psykiska hälsa. För detta krävs en sektoröverskridande helhetsplan för mentalvårdsarbetet inom kommunen.

1.2 Reformens relation till andra politikområden

Reformarbetet inom mentalvården är en del av en omorganisering av social- och hälsovårdstjänsterna på ett bredare plan. Reformarbetet har även tagit intryck av det handikappolitiska arbetet för ökad social delaktighet.

1.2.1 Jämlikhet och minskade hälsoklyftor mellan olika befolkningsgrupper

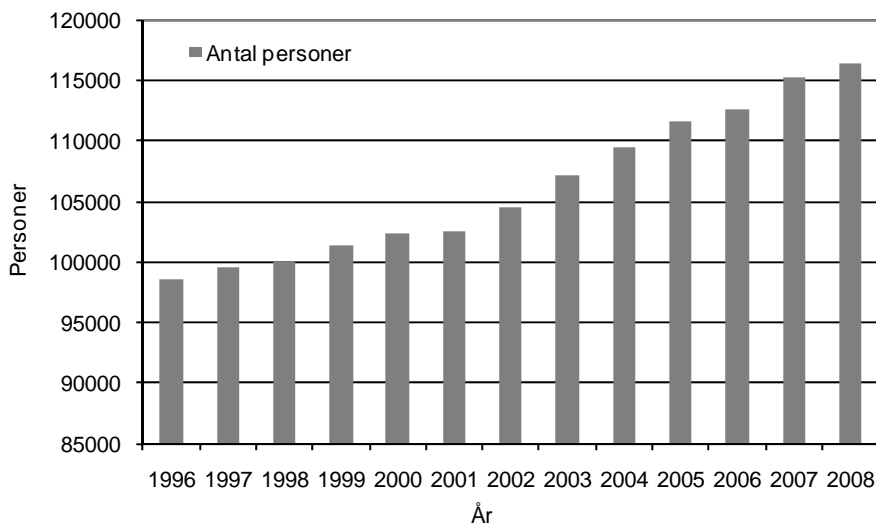
Jämlikhet och minskade hälsoklyftor kommer fram i olika policydokument främst genom att personer som lider av ett flertal psykiska problem, äldre, handikappade, missbrukare och långtidsarbetslösa omnämns som grupper som ofta inte nås tillräckligt effektivt av mentalvårdstjänster. Trots detta har det inte i reformarbetet kommit fram några konkreta förslag om hur dessa grupper kan nå bättre, eller hur psykisk ohälsa kan förebyggas bland dem. Ökad jämlikhet och minskade hälsoklyftor har inte varit framträdande mål i mentalvårdens reformarbete i Finland.

Det har konstaterats att föräldrars socioekonomiska position tenderar att inverka på barnens skolgång, framtida ställning i samhället och inverkar därigenom också på deras risker att lida av psykisk ohälsa.¹⁷ Forskningen om trender i socioekonomiska olikheter vid psykisk ohälsa är mycket begränsad.¹⁷ Självmorden är vanligare bland personer med låg socioekonomisk status och denna klyfta har till vissa delar vidgats, i synnerhet för långtidsarbetslösa personer.¹⁸

1.2.2 Sysselsättningsinsatser

Policydokumenten betonar främst utvecklingen av vården och främjande av psykisk hälsa. Det är först i Mieli 2009 -planen som sysselsättningsvillkoren för psykiskt funktionshindrade och missbrukare tas upp. Det oaktat ledde 1990-talets stora strukturomvändningar inom mentalvården till ett antal nya sysselsättningsmetoder för rehabiliteringsklienter: sysselsättningsprojekt, arbetsverkstäder och nya serviceformer som sociala företag och klubbhusverksamhet. Utvecklandet av en s.k. mellanarbetsmarknad, samt lagstiftning angående sociala företag, betonas som viktiga förutsättningar för en psykisk rehabilitering, samt minskad risk för marginalisering på grund av psykisk ohälsa.¹⁹

Ett växande antal finländare i arbetsför ålder har blivit förtidspensionerade på grund av arbetsoförmåga till följd av psykiska störningar (figur 1). Den arbetande populationen minskar även då de stora åldersgrupperna når pensionsålder, vilket har lett till ett ökat intresse för att behålla så många personer i arbetsför ålder som möjligt på arbetsmarknaden. Detta har lett till ny lagstiftning vilken möjliggör vilande pension, som har sänkt tröskeln att återgå till arbetslivet efter en förtidspensionering. Trots detta behövs mera flexibilitet på arbetsmarknaden för att flera förtidspensionerade skall återvända till arbetslivet. Det har uppskattats att upp till 30 000 förtids- eller sjukpensionerade personer önskade återvända till arbetsmarknaden år 2008, men speciellt för psykiskt funktionshindrade utgör bristfälligt stöd ett hinder för en återgång till arbetslivet.¹⁹



Figur 1. Antal personer (16–64 år) som p.g.a. psykisk ohälsa får invalidpension (Källa: www.sotkanet.fi)

1.2.3 Motstridiga intentioner i olika relevanta politikområden

Ett exempel på motstridiga intentioner inom olika politikområden är strävan att komplettera eller ersätta den offentliga social- och hälsovårdens utbud av tjänster till en växande grad med köp av tjänster från den privata sektorn. Uppköp av tjänster från den privata sektorn gör det totala utbudet av tjänster mera mångsidigt och bättre anpassat till klienternas och patienternas behov. Problem kan uppstå då det tjänar privata tjänsteleverantörers ekonomiska intressen att binda klienterna till leverantörens tjänster, vilket står i konflikt med den hälsopolitiska strävan till effektiv rehabilitering och att undvika långtidsvård.²⁰

1.2.4 Konsekvensbedömningar av hur politiska beslut i andra sektorer av stödsystemet påverkar den psykiska hälsan

För närvarande beaktas inverknings på den psykiska hälsan inte tillräckligt i den politiska beslutsprocessen. Insatserna för konsekvensbedömning är varierande i olika kommuner och det finns brister i konsekvensbedömningen för grupper som de äldre, handikappade och invandrare.^{21,22}

Konsekvensbedömningar för den mentala hälsan ingår i IVA-metoden för bedömning av humankonsekvenser av kommunala beslut. IVA-metoden omfattar uppskattningar av konsekvenser för barnfamiljer, av riskfaktorer i olika åldersgrupper, konsekvenser för invånarnas möjligheter att delta i beslutsfattningen, konsekvenser för fritidssysselsättning och för en miljö som stöder psykiskt välmående.²³ Inom Arbetshälsoinstitutets ”Terve mieli työssä” (Friskt sinne i arbetet) -projekt har en ram utvecklats för konsekvensbedömning för den psykiska hälsan (MIVA) inom arbetslivet.²²

1.3 Reformens målgrupper

I de finska policydokumenten går strävan att minska anstaltsvården hand i hand med strävan att främja hela befolkningens psykiska hälsa. Begreppet ”mentalvårdsarbete” är centralt i det finska reformarbetet. Enligt mentalvårdslagen¹ utgörs mentalvårdsarbetet av främjande av individens psykiska välbefinnande, handlingsförmåga och personlighetsutveckling, samt förebyggande, botande och lindrande av mentalsjukdomar och andra mentala störningar. Enligt lagen innefattar mentalvårdsarbetet även social- och hälsovård för personer som lider av psykisk ohälsa. Mentalvårdsarbetet omfattar även åtgärder för att utveckla befolkningens levnadsförhållanden så att dessa förebygger uppkomsten av mentala störningar, främjar mentalvårdsarbetet och gör det lättare att tillhandahålla mentalvårdstjänster.

I motiveringarna till regeringens proposition om mentalvårdslagen (RP 201/1989 rd.) låg fokus på övergång från slutenvård till öppenvård. Ett av lagens syften var att förbättra klientens rättskydd genom bl.a. förtydligade grunder för vård oberoende av

vilja. Målet var att i allt större grad övergå till öppenvård och rehabilitering som sker genom en växelverkan mellan klient och vårdpersonal.

I den nationella planen Mieli 2009 är målgruppen hela befolkningen och det centrala temat är att förbättra tillgången till mentalvårdstjänster genom att stärka primärvårdens kompetens och kapacitet inom området psykisk hälsa. Insatser för den psykiska hälsan har sedan 90-talet funnits på agendan för de finländska regeringarna. Ett klart avgränsat reformprojekt har trots detta inte genomförts, dels beroende på att mentalvården ses som en kommunal angelägenhet, där statens befogenheter är begränsade till rekommendationer och tillsyn.

I programmet för Matti Vanhanens första regering (2003) var målen inom mentalvården att lägga tyngdpunkten på främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och unga samt hos familjer. Psykisk ohälsa bland äldre erkändes vara ett växande problem.²⁴ I programmet för Vanhanen nuvarande andra regering (2007) konstateras att primärvårdens ställning skall stärkas. I samband med kommun- och strukturreformen skall förutom primärvården också bl.a. det sociala arbetet, den psykiska hälsovården, samt alkohol- och drogarbetet utvecklas. Även i detta regeringsprogram prioriteras identifiering av psykiska problem hos barn, unga och de äldre. Psykisk ohälsa hos personer i arbetsför ålder skall också uppmärksammas.²⁵ I halvtidsöversynen av genomförande av regeringsprogrammet för Vanhanens andra regering (2009), nämns psykisk ohälsa i samband med antalet självmord (främst bland män), i samband med arbetslivet (förtidspensionering) och i samband med de äldre (ökat bruk av depressionsmediciner).²⁶ Målgrupperna i regeringsprogrammen är inte personer med specifika psykiska störningar, utan tyngdpunkterna är problemorienterade (självmordsdödligheten, förtidspensioneringarna, ökningen i psykofarmakaförskrivning). I regeringens halvtidsöversyn ligger tyngdpunkten på förebyggande av kronisk sjukdom genom snabbt ingripande i ett tidigt skede av psykisk ohälsa. Dessutom betonas behovet att förebygga och förhindra ökande psykiskt illamående som förorsakas av större krav och stress både i arbetslivet och på fritiden, samt en värdeförändring som lämnar allt mindre plats för så kallade mjuka värderingar.

1.4 Reformens styrformer

Kärnan i reformstyrningen har varit speciallagstiftningen om mentalvården. Grundläggande lagförändringar inom social- och hälsovårdssektorn möjliggjorde reformer och en omorganisering av mentalvården. Mentalvårdslagen och mentalvårdsförordningen lade grunden år 1991 och har sedan dess uppdaterats flera gånger, främst för att noggrannare styra användningen av tvång i mentalvården. I rapporten om funktionsdugligheten för lagstiftningen som styr mentalvårdstjänsterna konstaterar Statens revisionsverk att styrningens resultatet inte motsvarar målet att utveckla den öppna mentalvården.²⁷ Problem finns bl.a. inom samarbetet olika sektorer emellan och i motstridig styrning. Revisionsverket anser att brister i den nuvarande mental-

vårdslagen är en orsak till de problem som existerar inom mentalvårdens öppenvård. Revisionsverket anser att den uppdatering av mentalvårdslagen som föreslås i Mieli 2009 -planen inte är tillräcklig och att ny lagstiftning behövs.²⁷

Statens styrning av utvecklingsarbetet inom mentalvården har gjorts på programnivå bl.a. genom mål och verksamhetsprogrammen för social- och hälsovården (TATO) 2000-2003 och 2004-2007. Separata utvecklingsprogram för mentalvården har inte funnits. De av regeringen godkända programmen sammanfattade de nationella målen för utvecklingen av social- och hälsovården, samt rekommenderade åtgärder för hur dessa skall uppnås i kommunerna. I programmet beslöts inte om resurser, utan målsättningar inom programmet skulle genomföras inom ramen för den allmänna årliga budgetpropositionen.²⁸ Inom ramen för TATO programmen uppgjordes kvalitetsrekommendationen för mentalvården³ och inleddes utvecklingsprojekt. Nationellt betydelsefulla är bl.a. Österbotten-projektet (2005-2014)²⁹, som är en regional satsning på strategiskt mentalvårdsarbete³⁰, samt Vanda paraplyprojekt, som fokuserade på att utveckla verksamhetsmodeller, bl.a. depressionsskötare, för mentalvårds- och missbruksarbetet i Vanda stad 2005-2009.³¹ TATO-programmen fick en fortsättning i det s.k. Kaste-programmet (nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovård), ett riksomfattande styrmedel för social- och hälsovårdspolitiken. Programmets syften är att öka på hälsa och välmående, förbättra social- och hälsovårdstjänsternas kvalitet och inverkan, främja delaktighet och förhindra utslagning enligt de 39 åtgärds punkter som ingår i programmet. Kaste-programmets budget för bidrag till kommuner och samkommuner för genomförande av utvecklingsprojekt inom sektorn för social- och hälsovård för perioden 2008-2011 är ca 104 miljoner euro. Projekt som tangerar psykisk hälsa finns inom många sektorer av Kaste-programmet, bl.a. projekt för barn, unga och familjer.³²

Utöver den ekonomiska styrningen i form av finansieringen av olika utvecklingsprojekt, utövar staten även ekonomisk styrning i form av sanktioner från tillsynsmyndigheten Valvira, när kommunerna eller samkommunerna upprepat konstateras ha försummat sina förpliktelser t.ex. gällande vårdgarantin.

Riksdagen har sedan år 2000 beviljat kommunerna och samkommunerna stöd för psykiatrisk vård och rehabilitering av barn under 16 år utöver regeringens budgetproposition. Den psykiatriska vården för barn och unga har stärkts med hjälp av tilläggsstödet, men p.g.a. att stödet beviljas för ett budgetår i taget, finns problem gällande kontinuitet och långsiktiga målsättningar inom utveckling av vården.³³

Ideologiskt har reformen i Finland givetvis tagit intryck av internationella strömningar, såsom Franco Basaglias arbete i Trieste, men den ideologiska basen har ändå i stort tagit avstamp i Finland. Man kan särskilja dels en socialpsykiatrisk ideologi, där det centrala är att skapa möjligheter för social delaktighet för personer med psykiska funktionshinder, dels en bredare folkhälsoideologi som hävdar att psykisk hälsa skall betraktas som en del av folkhälsa även i en positiv bemärkelse, inte längre endast som frånvaro av psykiska störningar. Centrala aktörer inom socialpsykiatrin var prof. Erik Anttinen och Sopimusvuori-stiftelsen i Tammerfors, som byggde

upp en modell för socialt stöd för personer med psykiska funktionshinder. Folkhälsoaspekten betonades speciellt av social- och hälsovårdsministeriet och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Småningom har även brukarrörelsen förstärkts och brukarstyrda synvinklar har börjat bidra till mentalvårdens ideologi. Detta har stärkt insikten att även insatser för att förhindra stigmatisering av psykisk ohälsa behövs.

2 Servicesystemet

Huvudansvaret för mentalvården ligger hos kommunerna. Den kommunala mentalvården fördelas mellan primärvården, socialvården och den psykiatriska specialsjukvården. Dessutom deltar företagshälsovården, skol- och dagvårdshälsovården och barnrådgivningen i mentalvårdsarbetet. Den offentliga social- och hälsovården kompletterar och ersätter utbudet tjänster till en växande grad med köp av tjänster från den privata och den tredje sektorn. Den tredje sektorn är en betydande producent av socialvårdstjänster, bl.a. boendetjänster för psykiskt funktionshindrade. Folkpensionsanstalten FPA stöder privata vårdtjänster genom kostnadsersättningar. År 2005 beslöts om enhetliga grunder för icke-brådskande vård. Målsättningen inom mentalvårdsarbetet är att koncentrera mentalvården till primärvården. I den landsomfattande Mieli 2009 -planen framhävs även vikten av att integrera mental- och missbrukarvård.

Enligt Mieli 2009 -planen måste mentalvårdens serviceformer omstruktureras så att de utgör ett mångsidigt och väl tillgängligt stöd för dem som behöver hjälp. Det behövs en bättre koherens på det splittrade servicefältet, samt klara beslut om vem eller vilka som bär helhetsansvaret för mentalvården både i kommunerna och på ett bredare plan. Huvudansvaret för mentalvård konstateras i planen ligga hos kommunerna, vilka uppmanas att göra upp en helhetsplan för mentalvården. Den privata och den tredje sektorns tjänster skall utnyttjas effektivt och i bättre samarbete med den offentliga social- och hälsovården. Specialsjukvården skall finnas till hands som ett stöd och som konsulteringshjälp för primärvården, samt ta hand om patienter som behöver psykiatrisk specialsjukvård.

Primärvårdens tjänster utgör ofta det första steget mot vård för en person som lider av psykisk ohälsa. Personalen inom primärvården behöver fortbildning för att bättre kunna bemöta och känna igen psykiska problem, samt effektivt hjälpa patienter finna vård. Kunskap om psykiska störningar och effektiva insatser är av central betydelse för ett lyckat tidigt ingripande, genom vilket försämring kan förhindras. Insatser på ett brett plan för implementering av ett klientnära tänkande inom service och mentalvård behövs. Ett fungerande samarbete de olika tjänsteleverantörerna emellan behövs för att klienterna skall kunna smidigt utnyttja de olika tjänster som finns.⁴

Mieli 2009 -planen rekommenderar att mental- och missbrukarvården slås samman till en helhet som på ett bredare plan kan ge vård och främja psykisk hälsa. Den rådande indelningen i socialvårdens missbrukarvård och mentalvård främst inom hälsovården bidrar till ett trögt samarbete bl.a. då det gäller personer eller familjer som lider av både psykisk ohälsa och av missbruk. Enligt arbetsgruppens linjedragning skall mental- och missbruksvården på specialnivå sammanföras.⁴

2.1 Lagstiftningen

Bestämmelser som gäller mentalvård finns i ett antal olika lagar, centrala bland dem är mentalvårdslagen (1990)¹, folkhälsolagen (1972), specialsjukvårdslagen (1989), lagen om service och stöd på grund av handikapp (1987), sjukförsäkringslagen (2004), lagen om missbrukarvård (1986), lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (1992), lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (2003) och barnskyddslagen (1983). En ny proposition, som skall ersätta folkhälsolagen och specialsjukvårdslagen och stärka samverkan mellan de olika nivåerna inom hälso- och sjukvården, skall presenteras för riksdagen sommaren 2010, men regeringspartierna har haft svårt att finna politiskt samförstånd om lagförslaget.

Mentalvårdslagen (1116/1990) och specialsjukvårdslagen (1062/1989) innebar att de tidigare separata mentalvårdsdistrikten slogs samman med sjukvårdsdistrikten. Den psykiatriska specialsjukvården blev en del av den allmänna specialsjukvården. Kommunerna ansvarar för mentalvårdsarbetet som en del av folkhälsoarbetet och av socialvården. Stora delar av mentalvården hör till hälsovården, men det finns även tjänster som hör till socialvården, t.ex. delar av mentalvårdsarbetet för barn och unga samt mycket av rehabiliterings- och boendetjänsterna. Statsandelsreformen år 1993 gav kommunerna frihet att besluta om hur social- och hälsovårdstjänster anordnas inom kommunen.¹⁴ I och med att ansvaret för mentalvårdstjänsterna överfördes till kommunerna, uppmuntrades både kommuner och dess invånare till en mera aktiv delaktighet i det lokala mentalvårdsarbetet.³⁴

Mentalvårdslagen ger allmänna riktlinjer för mentalvårdsarbetet, men innehåller även en stor mängd detaljlagstiftning om vård oberoende av viljan, tvångsåtgärder och sinnesundersökning av åtalade. I mentalvårdslagen definieras mentalvårdstjänsterna utgående från en användargrupp som fyller medicinska kriterier för en psykiatrisk störning. En viktig markering var att lagtexten tydligt anger att mentalvården i första hand skall ordnas som öppen vård. Under början av 2000-talet har mentalvårdslagen uppdaterats, främst gällande tvångsåtgärder.

Bestämmelser om klientens ställning och rättigheter har en specifik lagstiftning (lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992, lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 812/2000). Dessutom stadsfästes den s.k. vårdgarantin, dvs. enhetliga grunder för icke-brådskande vård, år 2005 i folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård, patientlagen och klientavgiftslagen (lagar 855–858/2004, förordning 1019/2004, RP 77/2004 rd.).³⁵ Vårdgarantin gäller även mentalvården. Vårdbehovet skall på hälsovårdscentralen bedömas inom tre dagar från det att patienten tagit kontakt. Inom primärvården är väntetiden för vård som anses nödvändig högst tre månader. Inom specialsjukvården skall en bedömning av vårdbehovet inledas inom tre veckor från att remissen anlänt. Till vård som ansetts nödvändig inom den specialiserade sjukvården får väntetiden vara högst sex månader, för barn- och ungdomspsykiatrisk vård är vårdgarantin dock tre månader. Om kommunen inte kan

erbjuda vård inom den utsatta tidsramen, skall kommunen köpa de tjänster som behövs från andra serviceproducenter.

Bestämmelserna om längsta väntetider i icke-brådskande vårdssituationer har klargjort klientens rätt till vård i tid. Trots detta påverkar lagen inte alltid den egentliga behandlingstillgången, då vårdgarantin kan anses uppfylld i och med att klienten erbjudits ett första besök hos hälsovårdspersonal. Vårdgarantin kräver inte att en längre vårdrelation bildas; något som ofta är av central betydelse för klienter som söker behandling på grund av psykisk ohälsa. Inte heller vårdgarantins tidsgränser har alltid kunnat uppfyllas. Problemen har gällt tidsgränserna för psykiatrisk vård för barn och unga.³³

2.2 Kommunal tjänsteproduktion

Ansvar för anordnande och finansiering av mentalvårdstjänsterna ligger hos kommunerna. Den kommunala mentalvården fördelas främst emellan tre aktörer inom social- och hälsovårdssektorn; primärvården, socialvården och den psykiatriska specialistsjukvården. Staten deltar i arbetet genom allmänna statsandelar för kommunernas verksamhet och förser kommunerna med information genom instruktioner, kvalitetsrekommendationer och utvecklingsprojekt. Det står kommunerna fritt att besluta om hur statsandelen skall användas. I motsats till de andra nordiska länderna, har det i Finland inte funnits öronmärkta statsandelar för mentalvården. Kommunernas autonoma beslut sker inom ramen av lagstiftningen om utbud av service. Enligt mentalvårdslagen skall kommunerna se till att sådana mentalvårdstjänster tillhandahålls som till innehåll och omfattning motsvarar behovet i kommunen.

Kommunen kan ordna mentalvårdstjänster i form av sluten vård, öppen vård och olika former av delvis öppen mentalvård. Tjänster kan produceras av kommuner, samkommuner, privata sektorn, organisationer och föreningar.³⁶

Sjukvårdsdistrikten är samkommuner som ägs och finansieras av kommunerna. Sjukvårdsdistrikten ansvarar för den psykiatriska specialistsjukvården. Specialistsjukvården finns till för att anordna vård och tjänster som inte är ändamålsenliga att erbjuda i varje kommuns primärvård, för samordning av informationssystemen och för sådan forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som behövs i sjukvårdsdistriktets uppgiftsområde. (1062/1989)

För behandling och undersökning av rättspsykiatriska patienter, finns i Finland två statliga psykiatriska sjukhus, Gamla Vasa sjukhus och Niuvanniemi sjukhus. I dessa sjukhus vårdas även personer som anses vara för farliga eller svårbehandlade för den kommunala specialistsjukvården.³⁷ Mindre enheter för rättspsykiatriska patienters rehabilitering och undersökningar av sinnestillstånd finns även i andra sjukhus. Fångar får psykiatrisk sjukvård vid det psykiatriska fängs sjukhuset i Åbo eller på den psykiatriska sjukhusavdelningen i Vanda fängelsesjukhus.

Enligt lagen om företagshälsovård (1383/2001) skall ”arbetsgivare på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa”. Anordnande av egentlig sjukvård är frivilligt för arbetsgivare. Arbetsgivarna får av FPA ersättning för företagshälsovårdens kostnader enligt sjukförsäkringslagen. Tjänsterna skall vara avgiftsfria för arbetstagarna. I företagshälsovården ingår inte t.ex. rehabilitering, för vilka det finns andra lagstadgade ersättningssystem. Anordnande av konsultation hos psykiatriker eller psykologer varierar i olika företag; avtalen om anordnande av företagshälsovård behöver inte innehålla psykiatrisk konsultation, eller också kan antalet besök vara begränsat.²⁷

2.3 Privat tjänsteproduktion

Den privata tjänsteproduktionen har, efter att statsandelsreformen 1993 gav kommunerna fria händer att organisera tjänsteproduktionen, kommit att spela en allt större roll. Tiden efter 1990-talets ekonomiska depression har präglats av nytänkande och förändringar inom sektorn för offentliga tjänster. Tonvikten överfördes till effektivisering av den offentliga sektorn, och till köp av tjänster i en större utsträckning från den växande privata sektorn, samtidigt som vikten av klientens egna val framhävdes. Under 2000-talet har teman som sociala rättigheter, jämställdhet och gemensamt ansvar återupptagits i diskussionen om det offentliga social- och hälsovårdssystemets karaktär. En ökad andel uppköpta tjänster från den privata sektorn verkar innebära både en positiv utveckling, i och med ett ökat utbud tjänster som kan bättre svara mot klienters behov, men också en oroväckande varians inom tjänsteutbudet kommuner emellan.^{38,39}

Den privata sektorns andel av social- och hälsovårdstjänsterna inom mentalvården i Finland har stigit varierande i olika kommuner under 2000-talet. Kommunerna köper privata tjänster främst inom socialvården. I jämförelse med uppköpt socialvård är de privata hälsovårdstjänsternas andel av all uppköpt social- och hälsovård betydligt mindre.⁴⁰ Kommunerna köper även tjänster av den tredje sektorn. Föreningsverksamhet och tjänster producerade av organisationer, som t.ex. kamratstödsgrupper, klubbhus och dagverksamhet, utgör en betydande del av mentalvårdsarbetet.

Privatläkare och privata terapeuter erbjuder mentalvårdstjänster även direkt åt klienterna. FPA ersätter delvis kostnader för besök hos privata läkare och kostnader för undersökningar ordinerade av privata läkare. Vård hos privata psykoterapeuter ersätts då klienten beviljats rehabiliteringsstöd t.ex. i form av psykoterapi eller individuella rehabiliteringsperioder.⁴⁵ Syftet för kostnadsersatt behandling skall vara att förbättra eller återställa klientens arbetsförmåga eller studieförmåga och FPA-ersättning för psykoterapi är i praktiken inte tillgänglig för minderåriga eller perso-

ner äldre än 40 år. Privata rehabiliteringsinrättningar är ett av de områden för privata tjänsteleverantörer som ökat mest under 2000-talet.⁴⁰

2.4 Service- och stödinsatser

Rehabiliteringstjänster för psykiskt funktionshindrade anordnas av social- och hälsovårdsmyndigheterna, FPA, arbetskrafts- och undervisningsmyndigheterna samt genom samarbete med organisationer och andra samfund. En individuell rehabiliteringsplan skall utarbetas för psykiskt funktionshindrade som behöver rehabiliteringstjänster. Rehabilitering sker i olika former av psykiatrisk öppenvård, sjukhusrehabilitering, yrkesinriktad rehabilitering och boenderehabilitering. Rehabiliteringstjänster erbjuds genom kommunala tjänster, av föreningar (t.ex. arbetscentra och dagcentra) och privata aktörer (boendetjänster osv.). Rehabiliteringstjänster inom den privata och den tredje sektorn stöds av den offentliga sektorn via kommunerna eller genom FPA, som är en betydande finansiär av rehabiliteringsverksamheten. Förutom rehabiliteringstjänster, stöder FPA mentalvårdsklienter också då det gäller boendetjänster och anpassningsträning.⁵²

En viktig finansiär för tredje sektorns aktörer är Penningautomatföreningen (RAY). Föreningen grundades år 1938 för att genom penningspel stöda finländska social- och hälsovårdsorganisationers verksamhet och har i Finland ensamrätt att bedriva penningautomatverksamhet. Penningautomatföreningen delar ut sin affärsvinst till behovsprövade projekt, i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. Penningautomatföreningens styrelse gör ett förslag för utdelning av verksamhetsstöd. Det slutliga beslutet om utdelningen görs av statsrådet.⁴¹

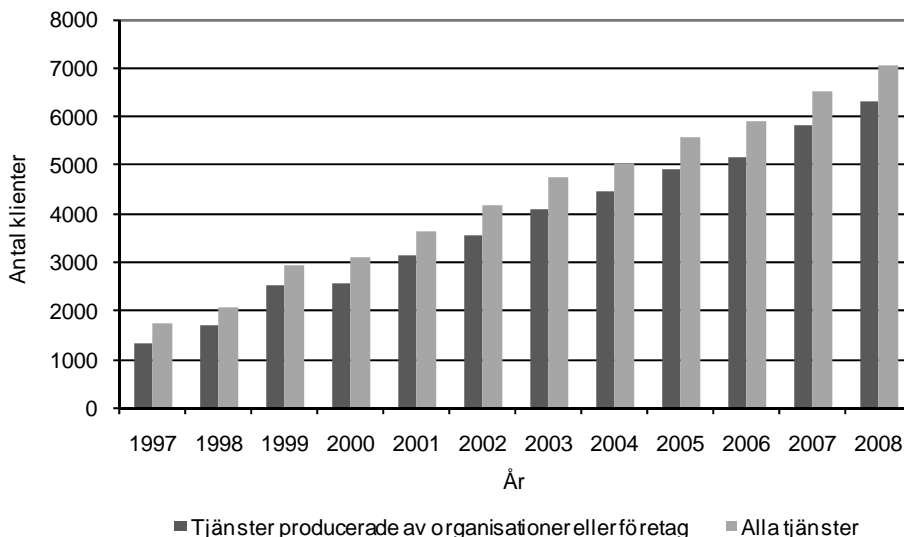
2.4.1 Vårdsektorn

Primärvårdens hälsostationer erbjuder grundläggande mentalvårdstjänster. Tillträde till psykiatrisk specialsjukvård kräver i allmänhet remiss från primärvårdens läkare, men kommunvisa undantag finns. Under de senaste tjugo åren har ett antal psykiatriska sjukhus stängts och ersatts av vård vid de allmänna sjukhusens psykiatriska avdelningar. I kontrast till detta har slutenvården för barn och unga kraftigt ökat under de senaste tio åren.

Primärvården bedömer hur brådskande klientens vårdbehov är och erbjuder klienten stöd under väntetiden. Förutom primärvårdens hälsostationer ges mentalvård på basnivå också av barnrådgivningen, skolhälsovården och företagshälsovården. Inom specialsjukvården kan öppenvård ges t.ex. vid en psykiatrisk poliklinik, mentalvårdsbyrå, rehabiliteringspoliklinik, eller ett dagsjukhus.

2.4.2 Socialtjänst

Förutom allmänna socialtjänster kan socialvården erbjuda även tjänster för personer med psykiska funktionshinder: olika former av arbetsverksamhet, vägledning och tjänster som stöder sysselsättning och rehabilitering. Enligt socialvårdslagen skall kommunen anordna boendeservice för personer som av särskild orsak behöver hjälp eller stöd för boendet (17 §, 23 § 710/1982), bl.a. för de äldre, handikappade och för rehabiliteringsklienter inom missbrukarvården och mentalvården. Knappa resurser i kommunerna har lett till en minskning av kommunens eget tjänsteutbud och ett ökat intresse för privata tjänster. De privata boendetjänsterna och boendetjänster organiserade av den tredje sektorn har ökat kraftigt och är av central betydelse för psykiskt funktionshindrade (figur 2). Idag är endast en bråkdel av boendetjänsterna producerade av kommuner eller samkommuner. Ökningen i antalet boendetjänster sammanhänger med nedmonteringen av den psykiatriska sjukhusvården.⁴²



Figur 2. Klienter på psykiatriska rehabiliteringshem (Källa: www.sotkanet.fi)

Forskning visar att boendetjänsternas rehabiliterande funktion inte alltid uppfylls. I vissa fall verkar boendetjänsterna ha blivit en permanent boendeform för klienter. Klienterna bor ofta i förhållande som inte motsvarar normala boendeförhållanden för vuxna. Bostadsrummen kan vara mycket små (12 kvadratmeter verkar vara en standardstorlek⁴³), eller också delar två invånare på ett större rum. Badrum och kök eller kokvrå finns huvudsakligen inte i bostadsrummen. Enheternas invånare flyttar sällan till egna bostäder. I medeltal övergick endast en invånare till självständigt boende per enhet under en period på 12 månader. Det visade sig att boendetjänster produce-

rade av företag hade den sämsta kvalitén, medan boenden som upprätthölls av organisationer och föreningar låg kvalitetsmässigt högst. Kommunala enheter placerade sig däremellan. Stödboendepersonalen visade sig vara främst hälsovårdsutbildad. För att öka boendeenheternas rehabiliterande inverkan behövs dock även andra yrkesgrupper, bl.a. socialarbetare, för att mångsidigare stöda klienternas övergång till ett självständigt liv.⁴³

Transinstitutionalisering förekommer tydligt i boendetjänsterna för psykiskt funktionshindrade. För att stöda klienters möjligheter att övergå till ett självständigt boende och vardagsliv behövs både lagförändringar och förändringar i gällande praxis. Förutom transinstitutionalisering finns även tecken på neoinstitutionalisering; dvs. att institutionstänkandet överförs även till tjänster i hemmet. Det stigande antalet förtidspensioneringar p.g.a. psykisk ohälsa, samt problemen i sysselsättningsverksamheten, stöder en utveckling där klientens hem förvandlas till en slags vårdinstitution.⁴³ Institutionalisering kan motverkas i boendeenheter och hemtjänster genom en förändring i attityder och inställningar; målsättningen skall vara att aktivt inkludera rehabiliteringsklienter i samhället. Tjänsterna skall fungera som en förmedlande struktur som innehåller sysselsättnings- och verksamhetsmöjligheter för klienterna och en utåtriktad verksamhet.⁴³

Barnskyddet indelas i förebyggande barnskydd och skydd av enskilda barn och familjer. Det förebyggande arbetet består av att främja en god uppväxtmiljö och utveckling av tjänster för barn och unga. Förebyggande barnskydd utförs inom kommunen i barnrådgivningsbyråer, i dagvården, i skolor, i ungdomsarbetet och i familjecentraler. Dessutom skall barn och familjer beaktas i tjänster för vuxna, speciellt i mental- och missbrukarvården. Rehabiliteringsklienter inom mentalvården, eller familjer där psykisk ohälsa förekommer kan erbjudas familjevård av barnskyddet.³⁶

För personer under 25 år finns på större orter avgiftsfria mentalvårdstjänster också tillhands inom ungdomsstationer. Stationer hjälper i fall av missbruk, men också i olika krissituationer. Arbetsformer är medicinsk vård, individuella och familjesamtal, vård i grupp och olika alternativa vårdmetoder.⁴⁴

Socialvården gör pensionsutredningar för långtidsarbetslösa personer som av arbetskraftsbyrån eller socialvården konstaterats arbetsförmögna.

2.4.3 Arbetsmarknadspolitiken

Yrkesinriktad rehabilitering finns för personer som p.g.a. sjukdom har försvagad arbetsförmåga och behöver rehabiliterande tjänster eller tjänster som förebygger arbetsförmåga. Syftet är att återuppnå, förbättra eller bevara arbetsförmågan. Yrkesinriktad rehabilitering ordnas av FPA, arbetskraftsmyndigheterna, olycksfalls- och trafikförsäkringen, arbetspensionsförsäkringen och av de yrkesinriktade läroanstalterna.⁵² Rehabiliteringen kan bestå av arbetsträning, utbildning, yrkesvägledning,

arbetsförsök, hjälpmedel för arbete eller studier och undersökningar med vilka rehabiliteringsbehov och möjligheter till rehabilitering utreds.⁴⁵ Servicecenter för arbetskraft utgör en ny stödform inom arbetsmarknadspolitiken (se kapitel 3, samverkansmodeller).

2.4.4 Socialförsäkringssektorn

FPA erbjuder stöd för individuella rehabiliteringsperioder och rehabiliteringskurser, anpassningsträning, yrkesorienterad medicinsk rehabilitering (ASLAK) och psykoterapi. FPA stöder också olika former av arbetsverksamhet, arbetsprövning och utbildning. Rehabiliteringsstödet för psykoterapi är behovsprövat och beslutet grundas på remiss från psykiater. Regeringen har hösten 2009 fattat ett principbeslut om att frångå behovsprövningen och införa lagstadgad rehabiliteringspsykoterapi. Lagförändringen kommer att förbättra tillgången till FPA-stödd psykoterapi.⁴⁶

FPA beviljar invalidpension utgående från en utredning av arbetsförmågan utförd av läkare. Antalet personer som beviljas pension, eller dagpenning p.g.a. psykisk ohälsa som förorsakar arbetsoförmåga, har kontinuerligt stigit sedan 1980-talet.⁴⁷

2.4.5 Tredje sektorn

I Mieli 2009 -planen konstateras att tredje sektorn står för tjänster som kamratstöd-jande verksamhet, psykosociala föreningar, skyddade verkstäder, klubbhus osv.⁴ Brukareexperter och kamratstödjare tas upp i Mieli 2009 -planen som en grupp vars sakkunskap skall beaktas i arbetet för psykisk hälsa. Enligt planen skall möjligheterna för brukareexperter att medverka i planering, förverkligande och utvärdering av mentalvårdsarbetet stärkas.⁴

Den offentliga sektorns tjänster svarar ofta främst på ett akut vårdbehov, emedan den tredje sektorn erbjuder tjänster som på långtidsperspektiv stöder klienter att reda sig i vardagen och finna sysselsättning. Den tredje sektorns organisationer och föreningar är en betydande producent av boende- och sysselsättningstjänster och dagverksamhet.³⁶

Klubbhusverksamheten är ett exempel på verksamhet som stöder det vardagliga livet, skapar sociala relationer och främjar klienters intresse och möjligheter till arbetsverksamhet. Klubbhusen upprätthålls av föreningar och stöds av kommuner och Penningautomatföreningen.³⁶ Klubbhusverksamheten började år 1995 i Finland, varefter antalet klubbhus har stigit snabbt och är nu, i relation till Finlands befolkningens mängd, störst i Europa. Klubbhusen har blivit en betydande del av rehabiliteringsverksamheten, men det finns behov för att ytterligare utvidga nätverket. Klubbhusens främsta sysselsättningsinsats sker genom övergångsarbete i ett normalt anställningsförhållande men med individuellt stöd i arbetet. Regelbundet deltagande i

klubbhusens verksamhet minskar rehabiliteringsklienters behov av upprepade perioder av sjukhusvård.⁴⁸

Centralförbundet för Mental Hälsa är en intresse- och serviceorganisation som omfattar 170 föreningar. Förbundet är en brukarstyrd expertorganisation vars syfte är att representera brukarna, personer som lider av psykisk ohälsa, samt deras närstående. Förbundet har ca 18 000 medlemmar. Centralförbundet fungerar både som ett stödnät för personer med psykiska funktionshinder och som stöd för medlemsorganisationerna. Förbundet deltar aktivt i diskussioner gällande mentalvårdsarbete, rehabilitering och lagstiftning som angår mentalvårdsklienter, samt bevakar mentalvårdsklienters intressen.⁴⁹

Psykosociala förbundet är den svenskspråkiga centralorganisationen för att främja utvecklingen inom psykiatri och rehabilitering för personer med psykiska funktionshinder. De flesta av förbundets 13 medlemsorganisationer är brukarstyrda.⁵⁰

Brukarstyrd verksamhet bedrivs även av A-gillenas förbund och de lokala A-gillena för missbrukarvårdens klienter, samt av Finlands AA-grupper och anonyma narkomaner, NA.

2.4.6 Målgrupper för insatser

Enligt Mieli 2009 -planen skall behandling vara tillgänglig via primärvården enligt principen en-dörr-in. I planen konstateras att en femtedel av Finlands befolkning lider av psykisk ohälsa och missbruk. Majoriteten av problemen måste kunna lösas på tjänstesystemets basnivå.⁴ Enligt planen bidrar lågröskel- och endörrsprinciperna till att avstigmatisera psykisk ohälsa och uppmuntra personer med risk för psykisk ohälsa att söka vård då problemen är i ett tidigt stadium. Separation av mentalvården till egna vårdenheter ses inte som en fungerande lösning; snarast anses mentalvårdsarbete av detta slag höja klienters röskel att söka hjälp. Enligt Mieli 2009 -planen måste mentalvårdsarbetet bli en synlig del av social- och hälsovårdsverksamheten på basnivå, dvs. på social- och hälsostationer, i företagshälsovården, i skolhälsovården och i äldrevården.

I Mieli 2009 -planen föreslås även att den psykiatriska sjukhusvården i huvudregel skall överföras till de allmänna sjukhusen. Målet är att avstigmatisera och avinstitutionalisera psykiatrisk sjukhusvård. En gemensam sjukhusvård förenklar mentalvårdsklienters tillgång till somatisk vård.

I Finland finns ingen statistisk information angående diagnoser inom öppenvården. Eventuellt överbelastar personer som är välinformerade om olika behandlingsformer och lider av lindrigare psykisk ohälsa vården, medan mindre väl informerade personer som lider av grav psykisk ohälsa inte kan nås p.g.a. begränsningar i öppenvårdens kapacitet. Grupper som antas nås sämst är bl.a. utvecklingsstörda, bostadslösa, invandrare och språkminoriteter, personer med multipla problem, fångar och personer som lider av både psykisk ohälsa och missbruk.³³

Inom psykiatrisk sjukhusvård har antalet klienter med diagnosen depression ökat, medan antalet personer som lider av demens eller utvecklingsstörning har minskat i enlighet med föresatserna. Dubbeldiagnospatienternas, d.v.s. patienter med både psykisk ohälsa och missbruk, antal har ökat.⁵¹ Insatserna inom mentalvårdsarbetet riktar sig både till de så kallade historiska grupperna, som i olika insatser beskrivs som de svårt psykiskt sjuka, och till nya målgrupper, vars symptom ofta beskrivs som ett ökat nytt psykiskt illamående i samhället. Tyngdpunkten i vården ligger på tidigt ingripande och ändamålsenliga insatser med vilka komplicerade fall kan förhindras.

Åren 1981–1987 genomfördes ett nationellt projekt för utveckling av vård och rehabiliteringsmetoder för personer som lider av schizofreni. Projektet koordinerades av Medicinalstyrelsen, Sjukhusförbundet och Mentalsjukhusens förbund och målet var att göra vården mindre sjukhuskoncentrerad.⁵² Projektet var lyckat i och med att antalet nya schizofrenipatienter i långtidsvård på sjukhus minskade med 60 % och de sedan tidigare i långtidsvård varande patienternas antal minskade med 68 % under perioden 1982–1992.⁵³

Det främsta målet i Mieli 2009 -planen verkar vara att skapa ett smidigt fungerande stödsystem för personer som lider av lindrigare psykisk ohälsa, som lindrig depression och ångest, vilka har kopplingar till stress i arbetslivet, prestationskrav och utmattning. Målet är att identifiera både personer i riskzoner och personer som visar symptom på psykisk ohälsa, samt att smidigt finna stöd och vård för dessa. Barn, unga och familjer lyfts fram i de flesta insatser som en central grupp då det gäller preventiva åtgärder och ett tidigt ingripande. Familjerehabilitering och synen på familjens vårdbehov som en helhet framhävs i barn- och ungdomsarbetet. Insatser för specifika diagnostiska grupper nämns inte. Mieli 2009 -planen betonar att dubbeldiagnospatienters vård och servicebehov är ofta komplicerade och kräver större ingrepp än vad erbjuds idag inom öppenvården.⁴

Det nationella Masto-projektets (2008-2011) mål är att förbättra den psykiska arbetshälsan och minska förekomst av depression arbetslivet. I Masto-projektet har man fokuserat på tidigt ingripande, ändamålsenlig behandling och rehabilitering som hjälper återgången till arbetet och att främja det psykiska välmående i arbetslivet. Arbetsmetoder inom projektet är utbildning, regionala evenemang, seminarier för sakkunniga, fokuserade utredningar och lagstiftningsinitiativ.⁵⁴

2.4.7 Innovativa inslag i servicestrukturen

Under 1990-talet och 2000-talet har social- och hälsovården börjat övergå från ett traditionellt organisationscentrerat tänkande till en klientnära service. Förändringen har sporrats bland annat genom lagstiftning och genom att tyngdpunkten överflyttats från sjukhusvård till öppen vård.⁵⁵

Case management -verksamhet har introducerats i mentalvårdsarbetet i Finland under 2000-talet, men i liten utsträckning. Syftet med verksamheten är att trygga en heltäckande och kontinuerlig vård och rehabilitering där personliga ombud stöder klienten i att finna vård, rehabiliteringsmöjligheter, utbildning och sysselsättning. Bland annat kvalitetsrekommendationen för mentalvårdstjänsterna rekommenderar att bland vårdpersonal eller socialarbetare inom öppenvården utses en kontaktperson för klienten.³ Personer som tenderar att falla utanför case management verksamheten är de som lider av ett flertal problem, invandrare och personer som fått vård enbart inom den privata sektorn.³⁶

Det preventiva mentalvårdsarbetet riktat till barn inom basservicen har stärkts genom VAVU-projektet för stöd av tidig interaktion mellan baby och föräldrar. Inom projektet utbildades barnrådgivningens hälsovårdare att bättre känna igen händelser och faktorer som kan ha inverkan på barnens psykosociala utveckling och arbetsmetoder som främjar växelverkan mellan barn och föräldrar. Projektet leddes av social- och hälsovårdsministeriet och Stakes i samarbete med andra aktörer.⁵⁶

Projektet ”Familj och barn i samspel” är ett projekt för att utveckla samarbete mellan tjänster för barn och tjänster för vuxna. Syftet är undvika överföring av psykisk ohälsa till följande generation, genom att utveckla arbetsmetoder så att hälsovården bättre skall kunna stöda föräldraskapet i familjer där en eller båda föräldrarna lider av psykisk ohälsa.⁵⁷

Time out! – livet på rätt spår -projektet har sedan år 2004 syftat till att förebygga utslagning bland unga män genom att utveckla arbetsmetoder för effektivisering av stödtjänster. Projektet, som leds av Institutet för hälsa och välfärd (THL), utnyttjar det årligen återkommande uppåtdet till militär- eller civiltjänstgöring i och med att hela årskullar av män kan nås via dessa. Projektets insatser riktades till de män som inte antas till militärtjänstgöring vid uppådet, samt män och kvinnor som avbryter sin militär- eller civiltjänstgöring.⁵⁸

Brukarorganisationen Centralförbundet för mental hälsa och THL har i ITHACA-projektet piloterat en modell för utbildning av brukare av mental- och missbruksvård till utvärderare av vården. I pilotprojektet gjorde brukarexperterna utvärderingsbesök på bl.a. psykiatriska avdelningar och enheter för boendeservice och modellen utvecklas för att spridas nationellt.⁵⁹

2.5 Professioner

Centrala yrkesgrupper i mentalvårdstjänsterna är allmänläkare, psykiatriker, psykiatriska sjukskötare, psykologer, socialarbetare, hälsovårdare, närvårdare och olika terapeuter. Psykoterapi erbjuds i Finland ofta av privata yrkesutövare, som bör godkännas av tillsynsmyndigheten Valvira.⁶⁰

Det finns oklarheter i arbetsfördelningen och tvister mellan olika yrkesgrupper, aktörer och hierarkier, vilket avspeglar oklarheter och tvister på ett högre administ-

rativt och politiskt plan.¹⁴ Det verkar råda oklarhet om socialvårdens specifika uppgifter inom mentalvårdsarbetet.¹⁴ Socialarbetares kunskaper om psykisk ohälsa har upplevts som bristfälliga. De problem som finns inom socialvården för klienter som lider av psykisk ohälsa, beror till dels på problem i samarbetet mellan socialvården och hälsovården. Då samarbetet inte löper smidigt och kunskaper i att bemöta psykisk ohälsa upplevs bristfälliga, tenderar hjälpen att bli mera problemcentrerad och mindre uppmuntrande till självständig återhämtning. Dessutom finns motsättningar mellan socialvården och hälsovården. Sektor för socialvård opponerar sig mot en alltför kraftig betoning av hälsovård på bekostnad av socialvården. Ökad medikalisering inom mentalvårds- och missbrukarbetet och en övergång till ett tänkande centrerat kring hälsovården väcker oro bland socialarbetare. Socialvårdens personal upplever sig åsidosatta av hälsovården både i lagstiftning och i det konkreta arbetet. De professionella socialarbetarna upplever det som problematiskt att socialvården blir behandlad som en skild enhet i förhållande till hälsovården, istället för att se social- och hälsovården som en helhet.^{61,62}

Sjukförsäkringsersättningar för behandling och rådgivning hos psykologer utgör en annan tvist. För närvarande betalar FPA ersättning för besök hos psykologer endast då det är fråga om en psykologisk undersökning som föreskrivits av en läkare. Bland annat psykologföreningen har aktivt tagit ställning för utökade kostnadsersättningar då det gäller psykologers tjänster. Föreningen anser att perioder av vård och rådgivning hos legitimerade psykologer också borde beviljas kostnadsersättning med remiss från en läkare. En remiss kunde gälla för 15 besök hos en psykolog eller 160 besök hos en psykolog som dessutom har psykoterapeut- eller neuropsykologutbildning.⁴⁶ Enligt föreningen skulle utökade kostnadsersättningar främja tillgången till korttids- och annan psykoterapi.

Det pågår även diskussion om psykiaternas uppgifter där bl.a. Psykiaterföreningen i Finland deltagit aktivt. I och med att psykiaters utlåtande och remisser ofta behövs för fortsatt vård och olika förmåner, hävdar Psykiaterföreningen att psykiatrikerna numera i allt mindre utsträckning utför behandling och i växande utsträckning undersökningsarbete och diagnostisering. Arbetet upplevs utmattande och överbelastande. Psykiaterföreningen anser att bland annat FPA:s praxis att kräva utlåtanden för beviljande av relativt korta sjukledigheter och beviljande av kostnadsersättningar för vård har bidragit till psykiaternas växande arbetsbörda.⁶³

3 Arbetsmetoder och samverkansformer

Slutenvård äger rum på psykiatriska sjukhus eller psykiatriska avdelningar. Var tredje behandlingsperiod inleds oberoende av patientens vilja. Öppenvårdens basnivå utgörs av primärvården. Psykofarmakabehandlingars betydelse och bruk har ökat i Finland. Användningen av korttidsterapi har ökat. Behandlingsmetoderna styrs med hjälp av God medicinsk praxis -rekommendationer för vård. Empowerment genom bl.a. kamratstödverksamhet erbjuds främst av tredje sektorn. Det finns lagstadgade krav på samarbete olika social- och hälsovårdsaktörer emellan, men samarbetet löper ofta trögt p.g.a. ett stort antal olika aktörer, splittring på fältet och bristfälliga kunskaper om andra sektors kunnande och uppgifter. Servicecentren för arbetskraft utgör en samverkansmodell som erbjuder sektoröverskridande service.

3.1 Arbetsmetoder

Slutenvården äger rum på psykiatriska sjukhus eller på psykiatriska avdelningar vid allmänsjukhus. Inom slutenvården kombineras medicinsk behandling och behandlingsformer med betoning på växelverkan, bl.a. individ- och gruppsamtal. Familje- och nätverkssamtal hör även till behandlingen och är centrala inom barnpsykiatrisk slutenvård. Behandlingen inom slutenvården är läkarstyrd men mångprofessionell. I allmänhet tillämpas ett system med egenvårdare, d.v.s. varje patient har en ansvarsperson som till utbildningen är sjukskötare eller närvårdare. Avdelningarna har i regel även tillgång till tjänster av psykolog, ergoterapeut och fysioterapeut. Inslag av miljöterapi finns även; på många avdelningar hålls regelbundna avdelningsmöten för patienter och personal.

Var tredje behandlingsperiod inom slutenvården inleds oberoende av patientens vilja. Tvångsåtgärder, såsom isolering, spännbälten och tvångsmedicinering förekommer relativt ofta och frekvensen varierar kraftigt mellan olika sjukhus. Även inom barnpsykiatrin används olika metoder för fasthållning. Bland de biologiska behandlingsmetoderna finns även elektrokonvulsiv behandling (ECT), vars popularitet i Finland verkat ha ökat under 2000-talet.⁶⁴

Öppenvårdens basnivå utgörs av primärvården. Öppenvårdens tjänster kräver ofta traditionell tidsbeställning och i akuta fall erbjuds dygnet runt mentalvårdstjänster ofta enbart i form av sjukhusvård.³³ Behandlingen är i princip läkarstyrd, men professionerna arbetar rätt självständigt. Vården innehåller ofta psykofarmakabehandling. Behandlingen inkluderar alltid stödsamtal, och ibland regelrätt psykoterapi.

pi, som i allmänhet är individuell korttidsterapi. Även skol- och företagshälsovården kan ofta erbjuda korta serier av relativt intensiva stödsamtal. Andra psykosociala behandlingsformer, såsom grupp- och ergoterapi används i viss mån.

Inom den specialiserade öppenvården erbjuds psykiaterstyrd diagnostik, behandling och rehabilitering inom en övervägande medicinsk paradigm. Den offentliga öppenvården kan i allmänhet inte erbjuda samtalsessioner flera gånger per vecka. Inte heller längre intensiva psykoterapier, t.ex. psykoanalytiska psykoterapier, kan i regel erbjudas inom den offentliga öppenvården.

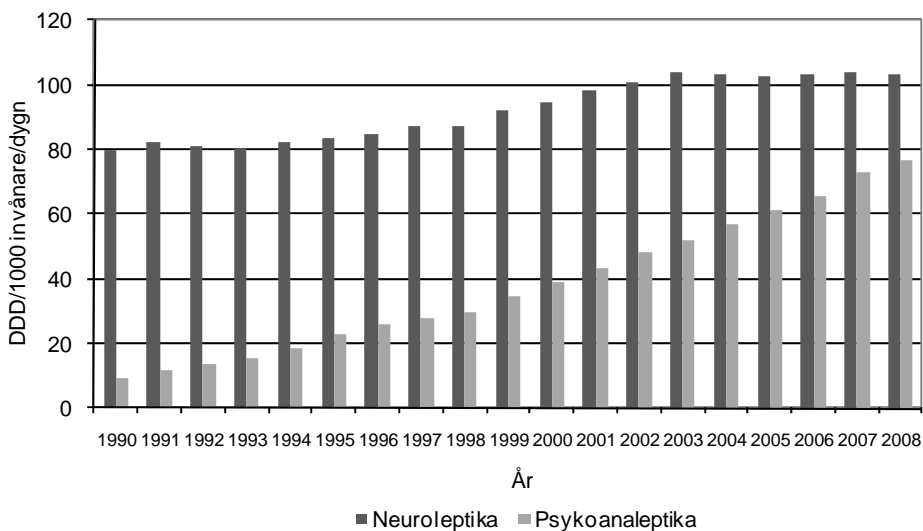
Den offentliga psykiatriska öppenvården kompletteras av privata tjänster. En stor del av psykoterapitjänsterna är privata. Ett brett utbud av olika psykoterapiformer står till buds. Framträdande är psykoanalytisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi och psykoanalys, men även andra psykoterapiformer finns. Användningen av regelrätt psykoanalys har på senare tid minskat, och användningen av korttidsterapier har ökat. Lösningssinriktad korttidsterapi har kraftig propagerats av enskilda välkända psykiatriker. Gruppsykoterapier finns bara i begränsad omfattning.

Stat eller kommun producerar i Finland inte behandlingsriktlinjer. God medicinsk praxis -rekommendationerna är läkarprofessionens styrmedel, som även omfattar riktlinjer för behandling av psykiska störningar. Rekommendationerna baserar sig på gradering av befintlig evidens och de sammanställs av nationella experter som frivilligarbete i arbetsgrupper som utses av Finska Läkarföreningen Duodecim.⁶⁵

3.1.1 Medikalisering

Konflikten mellan biologiskt och psykologiskt inriktad psykiatri är numera mindre tillspetsad i Finland.⁶⁶ I den finska debatten har det framförts att de olika synsätten skall ses som redskap med vilka två olika orsaker till psykisk ohälsa kan behandlas och förklaras. Det biologiska greppet och det psykologiska greppet är inte ömsesidigt uteslutande.⁶⁶

Medikalisering av normala fenomen (sorg över förlust osv.) och minskad stigma kring psykisk ohälsa har ökat både på efterfrågan av mentalvårdstjänster och på bruket av psykofarmaka.^{33, 42} Användningen av och kostnaderna för psykofarmaka har ökat då nya, dyrare läkemedel med allt färre biverkningar utvecklats. Användningen av psykofarmaka har mångfaldigats (figur 3). De stigande kostnaderna ställer till med problem för både brukare och samhället som via kostnadsersättningar får delta med allt större summor i finansieringen av läkemedelsbehandlingar. Det har skett en ökning i konsumtion av antidepressiva medel, som används vid depression och ångestsyndrom. Ökningen kan till dels bero på utvidgning av målgruppen för psykofarmaka, dels på längre behandlingsperioder.⁴²



Figur 3. Konsumtion av psykotropiska läkemedel (Källa: Finlands läkemedelsstatistik 1990–2008, FPA, Läkemedelsverket). Neuroleptika är läkemedel för psykos och psykoanaleptika utgörs främst av antidepressiva läkemedel.

Det har konstaterats betydande skillnader i användning av psykofarmaka mellan olika sjukvårdsdistrikt. Skillnader i bruk och den allmänna ökningen beror inte enbart på varierande behov eller en ökad tillgång till bättre produkter, utan också på attityder och attitydförändringar till psykofarmaka bland läkare och patienter.

3.1.2 Empowerment

Behovet av ett klientnära arbete med stöd för återhämtning på klientens villkor har sedan början av 2000-talet uppmärksammats både ovanifrån och underifrån. Social- och hälsovårdsministeriet och Stakes har i dokument och styrning lyft fram behovet av ett klientstyrt arbetssätt.^{8, 34} Den offentliga mentalvårdens arbetsmetoder har kritiserats för att vara allt för medikaliserade och bundna vid diagnostisering, generalisering och ekonomisk effektivisering av vårdprocessen, och ett mera holistiskt synsätt med en dialog mellan klient och stödperson har efterlysts.⁶² Ökat brukarinflytande är en av de centrala föresatserna i Mieli 2009 -planen.⁴ Brukarorganisationerna, främst Centralförbundet för mental hälsa, har krävt förändringar för starkare klientstyrning. Trots styrningen uppifrån och kraven nerifrån har övergången till en uttalat klientstyrd mentalvård varit trög. Samtidigt har dock övergången till att lägga tyngdpunkten på öppenvårdens tjänster inneburit större möjligheter för klienter att få vård som främjar deras individuella rehabilitering. Målsättningen är ett gott, klientnära servicesystem som uppmuntrar klienten att utnyttja sina egna resurser och stöder klienten att finna den vård och det stöd som behövs.⁸

Kamratstödsverksamhet har i Finland fått sin början inom organisationer. Numera finns grupper för ett stort antal sektorer inom social- och hälsovård. Utveckling av självhjälpsverksamhet i samarbete med den offentliga sektorn ses som ett viktigt mål inom mentalvårdsarbetet.⁶² Klienterna upplever kamratstödet som en viktig del av rehabiliteringsprocessen.⁶⁷ Kamratstödsverksamheten i den offentliga öppenvården är underutvecklad; vård ges främst enskilt till varje klient.⁶⁷

3.2 Samverkansformer

Enligt mentalvårdslagen skall sjukvårdsdistrikten och hälsovårdscentralerna tillsammans med socialvården bilda en funktionell helhet¹. Specialsjukvårdens slut- och öppenvård skall stöda hälsocentralernas arbete med konsultationer, forskning och specialiserade tjänster.¹⁴ FPA, socialbyråerna och arbetsmarknadsmyndigheterna skall samarbeta inom sysselsättningsverksamhet (se. kapitel 3.2.2 Servicecenter för arbetsverksamhet). Dessutom finns lagstadgade klientsamarbetsgrupper för rehabilitering. Samarbetskravet olika sektorer emellan noteras även i ett antal annan lagstiftning som tangerar mentalvårdsarbetet, bl.a. lagen om missbrukarvård (41/1986) och barnskyddslagen (417/2007).

Trots de krav om samarbete som finns i lagstiftningen har splittringar och det stora antalet aktörer inom mentalvårdsarbetet ställt till med samarbetsproblem olika aktörer, sektorer och hierarkier emellan.¹⁴ Mera och bättre fungerande tvärsektoriellt samarbete behövs på mentalvårdsarbetets alla områden och nivåer.

Kravet till samverkan är institutionaliserat i lagstiftningen. Lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003) finns till för att främja klientsamarbete myndigheterna, sammanslutningar och inrättningar emellan. I lagen omnämns principer för samarbete mellan de olika förvaltningsområden (social- och hälsovårdsmyndigheterna, arbetskraftsmyndigheterna, undervisningsmyndigheterna och FPA), tillvägagångssätt för samarbete och bestämmelser om klienternas ställning. Samarbetsformerna består på ett kommunalt plan av en rehabiliteringssamarbetsgrupp där representanter från socialvårds- hälso- och sjukvårds-, undervisnings- och arbetskraftsmyndigheterna, samt FPA och andra relevanta sammanslutningar deltar. Dessutom kan andra sakkunniga eller myndigheter vid behov kallas till möten. Samarbetsgruppen tillsätts av kommunen för fyra år i sänder. Samarbetsgruppernas uppgift delas på två olika områden. Gruppen ansvarar både för allmänna ärenden gällande rehabilitering och för enskilda klienters ärenden. Dessa två uppgifter kräver olika sammansättningar och framför allt olika tillvägagångssätt. I de allmänna rehabiliteringsärenden krävs långsiktigt sektoröverskridande samarbete på beslutsfattande nivå, emedan klienters ärenden kräver kunskap om den enskilda klientens läge och skall behandlas på ett konstruktivt sätt som bemöter klientens behov. Den stora skillnaden mellan dessa två uppgifter kan leda till att gruppernas verksamhet och kunnande fokuseras kring en av de två nämnda uppgifterna.⁶⁸

Klienten har rätt att delta i behandlingen av sitt ärende; en rätt som enligt en undersökning utnyttjats av 80% av klienterna.⁶⁸ Enskilda klienter, vars ärenden behandlades i samarbetsgruppen, led ofta av ett flertal problem gällande bl.a. hälsa, utkomst och arbetslöshet. I hälften av de kommuner som deltog i undersökningen hade representanter från mentalvårdsbyråer utnämnts till rehabiliteringssamarbetsgruppen. I en utvärderingsstudie fick samarbetsgrupperna kritik för frånvaro av växelverkan och öppen diskussion med klienter.⁶⁸ Det krävs förbättringar i beaktande av individuella klienters behov, samt i kontinuitet. De lagenliga samarbetsgrupperna är i praktiken inte alltid de främsta forumen för samarbetsfrågor, ofta föredras mindre byråkratiska och mera flexibla möten där representanter för olika sektorer möts.

Förutom kommunernas samarbetsgrupper, finns även rehabiliteringssamarbetskommissioner på sjukvårdsdistriktsnivå, som tillsätts av regionförvaltningen för fyra år i sänder för att behandla centrala frågor kring klientsamarbete, samt för att planera, främja och följa samarbetet de olika myndigheterna, sammanslutningarna och inrättningarna emellan. På högsta plan finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet en delegation för rehabiliteringsärenden, vars uppgift är att styra, utveckla och samordna samarbetet mellan myndigheter, sammanslutningar och inrättningar. (497/2003)

Förutom de s.k. officiella samarbetet sker samarbete i det dagliga arbetet olika aktörer emellan. Primärvårdens personal samarbetar med andra yrkeskunniga inom sektorn för social- och hälsovård i form av multidisciplinära samarbetsgrupper, men också med ett stort antal andra aktörer, bland dem hemtjänster, dagvård, församlingar, polisen och missbrukarvården.⁶⁹

Gällande arbete med barn och unga krävs i mentalvårdsförordningen (1247/1990) att kommunen eller samkommunen som är ansvarig för hälsocentralerna minst en gång per år skall kalla alla aktörer till ett samarbetsmöte. Bland de sammankallade skall finnas representanter från privata sammanslutningar och serviceproducenter, samt de instanser som inom kommunens område utför mentalvårdsarbete riktat till barn och unga. Mötets syfte är att komma överens om mål för kommunalt mentalvårdsarbete för barn och unga och riktlinjer för arbetsfördelningen. Arbetsfördelningen inom mentalvårdsarbetet riktat till barn och unga har också utvecklats under årliga samarbetsmöten mellan aktörerna inom länen.

3.2.1 Hinder för samverkan

I det praktiska samverkansarbetet utgör informationsutbytet en utmaning för ett smidigt samarbete olika myndigheter och andra aktörer emellan. Tystnadsplikt kan dock kringgåås med klientens samtycke.⁷⁰

Mentalvårdspersonalen uppmantras både till en mera klientnära arbetsmetod och till ökat samarbete, vilket har förorsakat problem då det upplevs som tidskrävande att inleda ett samarbete med andra myndigheter och aktörer.⁷⁰ Bristfälliga kunskaper

om samarbetspartners arbetsmetoder och målsättningar kan leda till missstro mot andra professioner och revirstrider mellan professioner. Skillnader i terminologi kan bidra till oklarheter och missuppfattningar, vilket försvårar uppbyggandet av en gemensam grund för samarbete.⁷⁰ Administrativa gränser t.ex. mellan socialvården och hälsovården kan försvåra samarbete. Likaså kan olika sammansättning av geografiska ansvarsområden (t.ex. olika indelning i sjukvårdsdistrikt och FPA-områden) utgöra ett hinder. Ett lyckat samarbete förutsätter att de olika aktörerna känner till varandras arbetsuppgifter och målsättningar, samt att det finns en tydlig arbetsfördelning de olika aktörerna emellan.⁷⁰

Även om lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen konstaterar att samarbetet skall utsträckas till övriga sammanslutningar som ordnar rehabilitering, är brukar- och frivilligorganisationer ofta åsidosatta inom olika samverkansorgan.

3.2.2 Servicecenter för arbetskraft

Servicecenter för arbetskraft utgör en ny samverkansmodell i Finland som kombinerar socialvårdens, hälsovårdens och den lokala arbetsförvaltningens tjänster till ett och samma centrum. Programmet har byggts upp genom ett samarbete mellan arbetsministeriet, social- och hälsovårdsministeriet, undervisningsministeriet, FPA och Kommunförbundet. Målet är att skapa ett mångsidigt och sektoröverskridande serviceforum som motverkar strukturell arbetslöshet.⁷¹

Servicecentren skall främja klienternas hälsa och handlingsförmåga, öka intresset för arbetslivet, minska fattigdom och utslagning, säkra välfungerande tjänster och ett skäligt utkomstskydd. Servicecentrens verksamhet startade under åren 2004–2006 i ett antal större städer och deras grannkommuner. År 2006 fanns sammanlagt 39 servicecenter i 170 kommuner. Verksamheten finansieras dels av kommunerna och dels av arbets- och näringslivsministeriet. I den finska modellen sammanför servicecentren statliga aktörer, kommunala aktörer, organisationer, arbetsförvaltningen, socialservice, hälsovården och socialförsäkringen. Klienterna i servicecentren för arbetskraft är ofta långtidsarbetslösa och personer som har behov av multidisciplinär service.⁷¹

För varje klient utses ett personligt ombud, vilket möjliggör ett långsiktigt samarbete som ger förutsättningar till en mera personlig service. Vårdprocessen i servicecentren har visat sig vara tidsmässigt lång; inom en tvåårig provotid hade endast 20 % av klientkontaktarna avslutats. Servicecentren både skapar resultat genom att finna goda lösningar för klienter, men samtidigt sällar verksamheten också fram de allra svåraste fallen. Dessa klienter har, t.ex. på grund av missbruk och motivationssvårigheter, sällan de grundförutsättningar som behövs för att dra nytta av servicecentrens verksamhet.⁷¹

Servicecentrens verksamhet har framförallt främjat samarbetet emellan socialvården och arbetskraftsbyråer. Hälsovårdens tjänster inom servicecentren har upp-

levts som goda, men det behövs ett bättre samarbete med primärvården. Dessutom måste tillgången till mentalvårds- och missbrukstjänster förbättras. Efterfrågan på mentalvårds- och missbrukstjänster bland servicecentrens klienter är stor. Servicecentren efterlyser också ett bättre samarbete med kommunerna då det gäller övergångsarbete. Problemen som identifierats i och med servicecentrens verksamhet har lett till en bredare diskussion om behovet av att utveckla övergångsarbetsmarknaden.⁷¹

4 Resultat

Övergången från en institutionscentrerad mentalvård till öppen mentalvård är pågående. Nedmonteringen av institutionsvård har inte kompensrats av ett tillräckligt utvecklat utbud öppenvårdstjänster. Förekomsten av tvångsvård är hög i Finland. Mentalvården når inte många som behöver den, dels på grund av hinder i hälso- och sjukvårdens finansieringssystem, dels på grund av stigmatisering av psykisk ohälsa. Utvärderande forskning har visat att reformprocessen i Finland verkar ha varit effektiv, då antalet självmord används som utfallsmätare.

4.1 Översikt över reformens resultat

Förändringarna i den finska mentalvården sedan 1990-talet återspeglar ett ideologiskt och strukturellt nytänkande i form av satsning på social delaktighet i kombination med ökande marknadsekonomiska inslag i de offentliga tjänsterna, samt en vilja att decentralisera servicestrukturen som tidigare kritiserats för att vara alltför starkt statligt kontrollerad. De främsta målsättningarna var att motverka ett ökat behov av långtidsvård, att utveckla och öka utbudet av tjänster inom öppenvården, fokusera på utveckling av klientnära tjänster, samt att främja brukarnas initiativ och förmåga att reda sig i samhället. I samband med de administrativa förändringarna inom social- och hälsovården skars resurserna för den psykiatriska vården ned i större utsträckning än för den somatiska vården.⁷²

Reformarbetet i Finland är halvvägs. Övergången från en institutionscentrerad vård till en öppen vård av psykisk ohälsa är fortfarande pågående. Den psykiatriska sjukhusvårdens volym är numera under en fjärdedel av volymen på 1970-talet, men resurstilldelningen till den psykiatriska slutenvården har inte minskat i motsvarande grad. Utvecklingen har inte lett till en tillräcklig öppenvård. Enligt en enkät utförd av Finlands läkarförbund är under 20 % av alla Finlands psykiatriker verksamma inom öppenvården.

Trots reformerna kvarstår stora problem i tillgången till mentalvård. Reformerna har inte medfört geografisk jämlikhet. Tillgången till vård samt vårdens karaktär varierar i olika delar av landet. Det har konstaterats att mentalvården inte når en stor del av dem som lider av psykisk ohälsa. Som exempel kan nämnas att endast 35 % av alla invånare i Österbotten som lider av depression uppsökte hälsovården p.g.a. psykisk ohälsa år 2005.⁷³ Problem i tillgången till mentalvård för barn och unga har varit ett återkommande inslag i den allmänna debatten om mentalvården. Till en del är detta beroende på problem som är inbyggda i hälso- och sjukvårdens allmänna finansieringssystem. Tillgången till vård är sämre för dem som står utanför företags- hälsovården, vilket alla barn och unga samt många personer med psykisk ohälsa gör.

Utvärderingar av den nuvarande lagstiftningen har visat att den inte stöder utvecklandet av en öppenvårdsorienterad mentalvård i tillräckligt hög grad.⁷⁷ Bland den vuxna befolkningen har alkoholskadorna ökat och antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa stigit. Detta var utgångspunkter för utarbetandet av den nationella Mieli 2009 -planen, som påbörjades år 2007 på initiativ av social- och hälsovårdsministeriet.

Fördelningen mellan sjukhusvård och öppenvård för mentalvårdspatienter är ofta en fråga om aktivitet och vilja inom kommunen. Tillräckliga resurser och initiativ att skapa en mångsidig öppenvård som når sin målgrupp utgör en effektiv grund för mentalvård.⁷⁴

Enligt Mieli 2009 -planen är målsättningen att fortsätta avinstitutionaliseringen genom att ansluta alla psykiatriska sjukhusavdelningar gradvis till de allmänna sjukhusen. Aktörer från den tredje sektorn skall erbjuda stödverksamhet och rehabilitering i olika former. Det finns dock en oro för att boendetjänster i samband med avinstitutionaliseringen blivit en ersättande vårdform för de personer som tidigare vårdades i psykiatriska sjukhus.

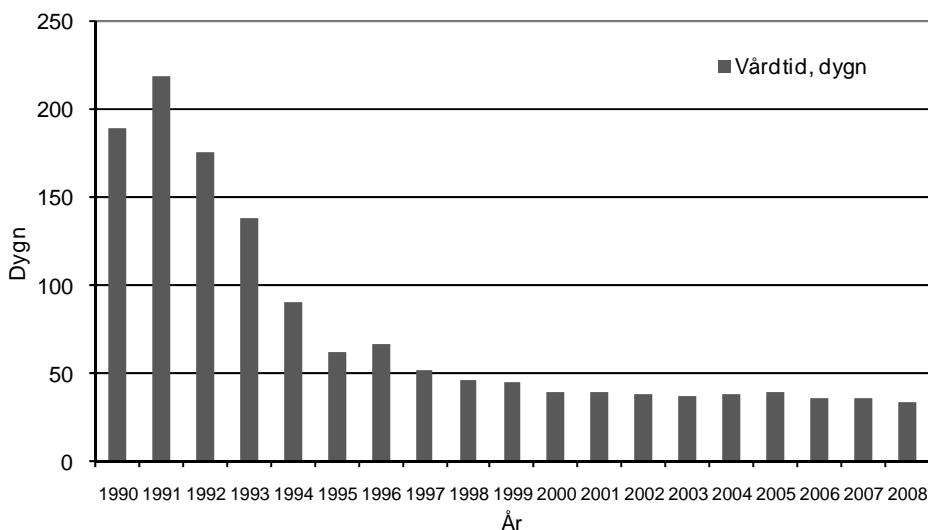
De statliga rättspsykiatriska sjukhusens betydelse har ökat både relativt och i absoluta tal. I jämförelse med de kommunala psykiatriska sjukhusen har de statliga sjukhusen mera karaktären av stängda institutioner. Denna förskjutning av tyngdpunkten har medfört att svårbehandlade patienter i högre grad behandlas i mycket slutna miljöer, kanske på långt avstånd från sina sociala nätverk.

I Finland trädde en lag om sociala företag (1351/2003) ikraft år 2004. I Europa var lagen en föregångare för sysselsättning av funktionshindrade. De sociala företagen har inte utvecklats på ett önskvärt sätt. Antalet grundade sociala företag är mycket lågt och antalet anställda är betydligt lägre än önskat. Grundande av sociala företag har lidit av administrativa problem; startbidrag för sociala företag är svåra att få och kan inte användas till utveckling av affärsverksamhet. Sociala företagare anser dessutom att lönebidrag för anställda i sociala företag är allt för låga. Dessa problem bidrar till att sociala företag i praktiken inte står på samma linje med andra företag, vilket sänker lönsamheten och intresset för att grunda sociala företag.⁷⁵ Det har också diskuterats huruvida sociala företag allmänt ökar social delaktighet för de psykiskt funktionshindrades del. Sociala företag isolerar handikappade och psykiskt funktionshindrade från det allmänna arbetslivet, vilket kan bidra till utestängning.

På ett ytligt plan finns tecken på att mentalvårdens reformer lyckats. Antalet självmord har inte ökat i och med kortare behandlingsperioder i sjukhus, trots att risken för självmord är högst direkt efter utskrivning från psykiatrisk sjukhusvård.⁷⁶ I en undersökning om självmord bland patienter utskrivna ur psykiatrisk sjukhusbehandling konstaterades, att antalet självmord bland personer som behandlats i sjukhus p.g.a. psykisk ohälsa har minskat med ca 25 % under åren 1990–2001, d.v.s. tiden för reformer inom mentalvården.⁷⁷ En ekologisk studie visade att antalet självmord är mindre i kommuner med en välutvecklad öppenvård, jämfört med kommuner som förlitar sig mera på sjukhusvård.⁷⁸ Också bland schizofrenipatienter

har risken för självmord under en period på ett år efter sjukhusbehandling minskat betydligt under nedmonteringen av psykiatriska sjukhus.^{77,79} Den gynnsamma utvecklingen har tillskrivits reformarbetet som anses ha medfört en bättre samverkan mellan sjukhus och öppenvård.

Sjukhusvårdens karaktär konstateras också ha förändrats i och med reformerna. Före reformerna bestod psykiatrisk sjukhusbehandling ofta av långa vistelser i sjukhus. I och med reformerna har behandlingsperioderna i sjukhus blivit kortare (figur 4).



Figur 4. Psykiatrisk institutionsvård, genomsnittlig vårdtid (Källa: www.sotkanet.fi)

Forskning i Finland har visat att förekomsten av suicid är relaterad till hurdana former av mentalvårdstjänster står till förfogande. Tillgängliga dygnet-runt tjänster och vård enligt lågröskel-principen är faktorer som bidrar till lägre risk för självmord. Däremot stod ett högt antal intagningar på sjukhus, stort bruk av akutvård på sjukhus och tvångsvård i samband med höga självmordstal i kommunen.⁷⁸ Forskningen tyder på att de kommuner som hunnit längre i reformarbetet uppvisar lägre självmordstal. För en fortsatt minskning av antalet självmord, behövs en mångsidig öppenvård som kan ingripa i risksituationer som depression, alkoholmissbruk, arbetslöshet, försämrad socioekonomisk ställning eller andra stora livsförändringar.

4.2 Slutord

Sammanfattningsvis kan konstateras att nedmonteringen av psykiatriska institutioner och psykiatrisk sjukhusvård lett till att antalet vårdplatser har minskat drastiskt sedan år 1990. Reformarbetet kan, trots en nedskärning av psykiatrins resurser under 1990-talet, betecknas som lyckat. Klienternas förväntade livslängd har ökat i takt med att befolkningens livslängd överlag ökat. Självorden har minskat, även bland personer som nyligen utskrivits från psykiatrisk slutenvård. Öppenvårdens volym har ökat, men utveckling och insatser behövs för en bättre fungerande och mångsidigare öppenvård. Preventiva projekt som t.ex. Time Out! -metoden för främjande av unga mäns psykiska hälsa och sociala delaktighet har visat sig kunna förebygga marginalisering. Servicecentren för arbetskraft har genom individuella, multidisciplinära stödåtgärder kunnat förebygga marginalisering och finna lösningar i komplicerade fall. En positiv utveckling har skett inom tredje sektorns verksamhet för psykiskt funktionshindrade. Den tredje sektorn erbjuder ett stort antal tjänster i växande omfattning, bland dem kamratstöd och dagverksamhet, vilka utgör en betydande länk i rehabiliteringsarbetet. Den tredje sektorns verksamhet stöder och kompletterar den offentliga sektorns begränsade kapacitet för stödverksamhet.

Mentalvårdslagen, den offentliga debatten och personliga framträdanden av välkända personer med psykisk ohälsa har bidragit till mera öppenhet kring psykisk ohälsa. Den allmänna opinionen stöder utvecklingen av öppenvård: år 2007 ansåg 79 % att vårdens tyngdpunkt skall ligga på öppenvård.⁸⁰ I undersökningen framgick att respondenterna ofta inte såg hälsostationer och företagshälsovården som primära vårdinstanser för psykisk ohälsa, utan många angav att de skulle söka specialishjälp för psykisk ohälsa. Det fanns oro om att primärvårdens personal inte förhåller sig seriöst till psykisk ohälsa.⁸⁰ Undersökningens resultat tyder på att det behövs tydligare information om att söka hjälp vid psykisk ohälsa.

För svårt psykiskt funktionshindrade har reformarbetet inte inneburit en lika positiv utveckling. Psykiskt sjuka som tidigare vistades på psykiatriska sjukhus, bor numera ofta permanent i boendeenheter. Personer med svåra psykiska funktionshinder har inte erbjudits praktiskt fungerande metoder för återintegrering och rehabilitering till ett självständigt liv. Reformerna har inte tillräckligt beaktat sårbara och marginaliserade grupper som invandrare, hemlösa och personer som lider av ett flertal problem. Hos gruppen barn och unga har tvångsintagningar till sjukhusvård ökat kraftigt, vilket reflekterar tillkortakommanden i öppenvården för barn och unga. Det stigande antalet förtidspensioneringar på grund av psykisk ohälsa tyder på brister i mentalvården och minskad beredskap att på arbetsmarknaden acceptera psykiska funktionshinder.

Allmänt sett har övergången till öppenvård och rehabiliterande tjänster inte avsevärt lett till ökad social delaktighet för mentalvårdsklienter. Utveckling av öppenvårdens tjänster är nödvändigt men inte tillräckligt för att psykiskt funktionshindrade skall uppnå större social delaktighet. Dagens vinstsökande tänkande lämnar inte

alltid rum för anpassade möjligheter att delta i samhällets olika funktioner. Det krävs en genuin vilja och fördomsfrihet att inkludera funktionshindrade personer. En övergripande målsättning för alla vård- och stödsektorer behövs för att motarbeta marginalisering och stigma, samt vilja att rehabilitera och inkludera psykiskt funktionshindrade på samhällets alla områden.

| År | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | Källa |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| Vårdtyggn i psykiatrisk institutionsvård /1000 invånare (1994-) | | | | | | | | | | | Patientinventering gällande psykiatriska vårdplatser, Terveys 1992:7 Social- och hälsostyrelsen, Sotkanet |
| År 1990-1991: Tillgängliga vårdplatser på sjukhus /1000 invånare | 2,5 | 2,1 | | | 1,4 | 1,3 | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | |
| Patienter i psykiatrisk institutionsvård /1000 invånare | | | | | 6,0 | 6,0 | 6,2 | 6,1 | 6,1 | 6,2 | Sotkanet |
| Patienter i psykiatrisk institutionsvård i åldrarna 0-17 år /1000 i motsv. ålder | | | | | 3,7 | 4,2 | 4,7 | 5,3 | 5,6 | 6,6 | Sotkanet |
| Psykiatrisk institutionsvård, genomsnittlig vårdtid, dygn | 189,4 | 219,5 | 176,0 | 138,8 | 90,2 | 62,1 | 66,6 | 51,5 | 46,7 | 45,6 | Sotkanet, Sjukhusens utskrivningsregister (1990-1993) |
| Remisser till psykiatrisk sjukhusvård oberoende av vilja | 14317 | 15121 | 10114 | 9642 | | | 9298 | 9186 | 9007 | 9633 | Sotkanet, Sjukhusens utskrivningsregister (1990-1993) |
| Antalet psykiatriska långvårdspatienter, >1 år på psykiatrisk/rättspsykiatrisk sjukhus /100 000 invånare | | | | | | | | | 42,9 | 38,2 | Vårdansökningsregister inom social- och hälsovården (HILMO), THL |
| Öppenvårdsbesök av psykiska orsaker /1000 invånare | | | | | 258,5 | 280,2 | 300,8 | 310,7 | 321,2 | 340,0 | Sotkanet |
| Personer med psykiska funktionsnedsättningar som beviljats rehabiliteringstjänster 1996-2008: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar 1990-1995: Psykiska rubbningar | 5519 | 6316 | 7286 | 8368 | 9573 | 9956 | 10967 | 11293 | 12930 | 14715 | FPA:s rehabiliteringsstatistik 1990-2008 |
| Invånare i psykiatriska rehabiliteringshem (alla) | | | | | | | | 1739 | 2092 | 2958 | Sotkanet |
| Invånare i psykiatriska rehabiliteringshem som upprätthålls av tredje och privata sektorn | | | | | | | | 1317 | 1702 | 2513 | Sotkanet |
| Sjukdagpenningdagar enligt sjukdomshuvudgrupp (1000 dagar) 1996-2008: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar 1990-1995: Psykiska rubbningar | 1765,7 | 1774,0 | 1795,4 | 1891,3 | 2000,7 | 1965,5 | 1998,5 | 2064,8 | 2359,0 | 2704,3 | FPA statistisk årsbok 1990-2008 |
| Sjukdagpenningdagar totalt (1000 dagar) | 14805,4 | 14360,2 | 13545,5 | 12265,0 | 12408,0 | 12063,1 | 11264,6 | 11088,1 | 11491,0 | 12234,0 | FPA statistisk årsbok 1990-2008 |
| Andelen sjukpenningdagar för psykisk ohälsa och sjukdom (procent) | 11,9 | 12,4 | 13,3 | 15,4 | 16,1 | 16,3 | 17,7 | 18,6 | 20,5 | 22,1 | |
| I Finland bosatta invalidpensionstagare: psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar | 86204 | 88773 | 91354 | 93577 | 95600 | 97308 | 98582 | 99522 | 100125 | 101417 | Statistik över pensionstagarna i Finland 1996-2008, Pensionsskyddscentralen |
| I Finland bosatta invalidpensionstagare totalt | 282694 | 287656 | 291409 | 292127 | 292368 | 289550 | 291349 | 281264 | 273041 | 267177 | Statistik över pensionstagarna i Finland 1996-2008, Pensionsskyddscentralen |
| Andelen invalidpensioner för psykisk ohälsa och sjukdom (procent) | 30,5 | 30,9 | 31,3 | 32,0 | 32,7 | 33,6 | 33,8 | 35,4 | 36,7 | 38,0 | |

| År | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Källa |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Vårdtygn i psykiatrisk institutionsvård /1000 invånare | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | Patientinventering gällande psykiatriska vårdplatser, Terveys 1992:7 Social- och hälsostyrelsen, Sotkanet |
| Patienter i psykiatrisk institutionsvård /1000 invånare | 6,3 | 6,2 | 6,2 | 6,1 | 6,2 | 6,1 | 6,1 | 6,0 | 6,0 | Patientinventering gällande psykiatriska vårdplatser, Terveys 1992:7 Social- och hälsostyrelsen, Sotkanet |
| Patienter i psykiatrisk institutionsvård i åldrarna 0-17 år /1000 i motsv. ålder | 8,0 | 8,1 | 8,2 | 8,4 | 8,7 | 9,3 | 9,4 | 10,2 | 10,8 | Patientinventering gällande psykiatriska vårdplatser, Terveys 1992:7 Social- och hälsostyrelsen, Sotkanet |
| Psykiatrisk institutionsvård, genomsnittlig vårdtid, dygn | 39,9 | 39,9 | 38,8 | 36,7 | 38,4 | 39,8 | 35,5 | 36,1 | 34,0 | Sotkanet, Sjukhusens utskrivningsregister (1990-1993) |
| Antalet remisser till psykiatrisk sjukhusvård oberoende av vilja | 10036 | 10204 | 10333 | 10586 | 10964 | 11349 | 11310 | 10478 | 10247 | Sotkanet, Sjukhusens utskrivningsregister (1990-1993) |
| Antalet psykiatriska långvårdspatienter, >1 år på psykiatrisk/rättspsykiatrisk sjukhus /100 000 invånare | 31,6 | 31,7 | 30,8 | 27,3 | 24,6 | 23,4 | 22,5 | 22,0 | 19,4 | Vårdanmälningsregister inom social- och hälsovården (Hilmo), THL |
| Öppenvårdsbesök av psykiska orsaker /1000 invånare | 315,7 | 353,1 | 377,7 | 391,2 | 391,8 | 392,6 | 390,7 | 403,8 | 410,8 | Sotkanet |
| Personer med psykiska funktionsnedsättningar som beviljats rehabiliteringstjänster 1996-2008: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar 1990-1995: Psykiska rubbningar | 16285 | 17865 | 21001 | 22644 | 22472 | 23086 | 25445 | 26983 | 28503 | FPA:s rehabiliteringsstatistik 1990-2008 |
| Invånare i psykiatriska rehabiliteringshem (alla) | 3095 | 3641 | 4181 | 4735 | 5053 | 5593 | 5908 | 6532 | 7063 | Sotkanet |
| Invånare i psykiatriska rehabiliteringshem som upprätthålls av tredje och privata sektorn | 2572 | 3133 | 3569 | 4090 | 4465 | 4907 | 5155 | 5816 | 6323 | Sotkanet |
| Sjukdagpenningdagar enligt sjukdomshuvudgrupp (1000 dagar) 1996-2008: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar 1990-1995: Psykiska rubbningar | 2837 | 2772 | 3519 | 3804 | 3875 | 3987 | 4099 | 4189 | 4078 | FPA statistisk årsbok 1990-2008 |
| Sjukdagpenningdagar totalt (1000 dagar) | 12790 | 13039 | 14679 | 15054 | 15457 | 15986 | 16614 | 16713 | 16265 | FPA statistisk årsbok 1990-2008 |
| Andelen sjukpenningdagar för psykisk ohälsa och sjukdom (procent) | 22,2 | 21,3 | 24,0 | 25,3 | 25,1 | 24,9 | 24,7 | 25,1 | 25,1 | |
| I Finland bosatta invalidpensionstagare: psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar | 102418 | 102555 | 104444 | 107135 | 109427 | 111673 | 112613 | 115302 | 116784 | Statistik över pensionstagarna i Finland 1996-2008, Pensionsskyddscentralen |
| I Finland bosatta invalidpensionstagare totalt | 261812 | 253928 | 253494 | 253976 | 254588 | 257383 | 256276 | 261253 | 263199 | Statistik över pensionstagarna i Finland 1996-2008, Pensionsskyddscentralen |
| Andelen invalidpensioner för psykisk ohälsa och sjukdom (procent) | 39,1 | 40,4 | 41,2 | 42,2 | 43,0 | 43,4 | 43,9 | 44,1 | 44,4 | |

| År | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Källa |
|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Konsumtion av psykotropiska läkemedel | | | | | | | | | | |
| Neuroleptika (ATC-kod N05 [psykos- och lugnande mediciner]), dygnsdoser(DDD)/1000 inv/dygn | 94,4 | 98,2 | 100,7 | 104,0 | 103,6 | 103,0 | 103,3 | 103,8 | 103,6 | Finlands läkemedelsstatistik 1990-2008, FPA, Läkemedelsverket |
| Psykoanaleptika (ATC-kod N06[främst antidepressiva]), dygnsdoser(DDD)/1000 inv./dygn | 39,1 | 43,4 | 48,5 | 52,0 | 56,7 | 61,1 | 65,8 | 72,9 | 76,4 | Finlands läkemedelsstatistik 1990-2008, FPA, Läkemedelsverket |
| Professioner | | | | | | | | | | |
| Mentalvårdare inom specialistsjukvården / 10 000 inv. | 5,8 | 5,7 | 5,5 | 5,2 | 5,1 | 5 | 4,9 | 5,1 | 5,3 | Sotkanet, Statistik över social- och hälsovårdstjänsternas personal i kommunerna |
| Legitimerade psykologer i arbetsför ålder (under 65 år) | 4182 | 4347 | 4552 | 4728 | 4902 | 5092 | 5236 | 5360 | 5530 | Terhikki |
| Legitimerade psykologer totalt | 4259 | 4438 | 4669 | 4874 | 5098 | 5329 | 5557 | 5739 | 5993 | Terhikki |
| Läkare i arbetsför ålder (under 65 år) med specialisering i psykiatri | 958 | 990 | 1031 | 1053 | 1067 | 1114 | 1122 | 1122 | 1119 | Terhikki |
| Läkare totalt med specialisering i psykiatri | 1052 | 1097 | 1153 | 1188 | 1214 | 1266 | 1294 | 1308 | 1330 | Terhikki |
| Läkare i arbetsför ålder (under 65 år) med specialisering i barnpsykiatri | 200 | 208 | 217 | 221 | 226 | 237 | 240 | 247 | 246 | Terhikki |
| Läkare totalt med specialisering i barnpsykiatri | 221 | 233 | 245 | 252 | 257 | 275 | 285 | 295 | 299 | Terhikki |
| Läkare i arbetsför ålder (under 65 år) med specialisering i ungdomspsykiatri | 2 | 3 | 6 | 12 | 22 | 24 | 30 | 40 | 46 | Terhikki |
| Läkare totalt med specialisering i ungdomspsykiatri | 2 | 3 | 6 | 12 | 22 | 24 | 30 | 40 | 46 | Terhikki |
| Läkare i arbetsför ålder (under 65 år) med specialisering i rättspsykiatri | 1 | 3 | 5 | 8 | 14 | 19 | 20 | 21 | 23 | Terhikki |
| Läkare totalt med specialisering i rättspsykiatri | 1 | 3 | 5 | 8 | 14 | 19 | 20 | 21 | 23 | Terhikki |

Referenser

- 1 Mentalvårdslagen. L 1116/1990. URL: <<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116>> Citerad [21.04.2010]
- 2 Social- och hälsovårdsministeriet. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Publikationer 2001:5. Helsingfors: Social och hälsovårdsministeriet, 2001. URL: <<http://pre20031103.stm.fi/svenska/eho/publikat/halsa2015/halsa2015.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 3 Social- och hälsovårdsministeriet. Kvalitetsrekommendation för mentalvårdstjänsterna. Handböcker 2001:12. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2001. URL: <<http://pre20031103.stm.fi/svenska/pao/publikat/mental/kvalrek.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 4 Social- och hälsovårdsministeriet. Plan för mentalvårds och missbrukararbete - Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbrukarbetet fram till år 2015. Rapporter 2009:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2009. URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8839.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 5 Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa [Förändringar i mentalvårdstjänster för vuxna]. Acta nro 187. Helsingfors: Finlands kommunförbund, 2006. URL: <<http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 6 Taipale V. Mielekäs Elämä. [Ett meningsfullt liv] Promemorior 1996:20. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 1996.
- 7 Wahlbeck K, Braddick F, Gabilondo A, McDaid D, Lang G, O'Sullivan C. European Pact for Mental Health and Well-being: collating forces to put mental health on the EU political agenda. Die Psychiatrie, 2010;7:74-80.
- 8 Immonen T, Kiikkala I (red.). Mielekäs Elämä! –ohjelman toimenpidesuosituksset [Ett meningsfullt liv! –programmets rekommendationer]. Handböcker 2003:9. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2003. URL: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me_suositukset/me_suositukset.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 9 Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004;184:163-168
- 10 Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:747-752
- 11 Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M, Solantaus T. Alaikäisten psykiatrinen sairaanhoito Suomessa 1995-2004 [Psykiatrisk sjukhusvård av minderåriga i Finland 1995-2004]. Rapporter 2006:13. Helsingfors: Stakes, 2006. URL: <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 12 Beskow J, Kerkhof A, Kokkola A, Uutela A. Suicide prevention in Finland 1986–1996: external evaluation by an international peer group. Copies 1999:2. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 1999.
- 13 Hiltunen L, Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa 1947-2006 [Självmoordsdödligheten i Finland, 1947-2006]. Duodecim 2009;125(16):1802-6.

-
- 14 Social- och hälsovårdsministeriet. Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio [Arbetsgruppspromemoria om utredning av arbetsfördelning och arbetsbelastning inom mentalvården]. Promemorior 2004:5. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2004. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1080888826849/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 15 Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (Eds.). Framework for promoting mental health in Europe. Helsingfors: Stakes, 1999. URL: <<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/1A881D11-03FA-4558-AC75-D213C740E588/0/Framework.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 16 Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (red.). Mielenterveystyö Euroopassa [Mentalvårdsarbete i Europa]. Rapporter 2004:17. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2004. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 17 Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E (m.fl.) (red.). Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005 [Ojämlig hälsa i Finland. Förändringar i de socioekonomiska hälsoskillnaderna 1980–2005]. Publikationer 2007:23. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2007. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1200993384304/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 18 Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971–2000: A register-based study of trends, levels and life expectancy differences. *Scand J Public Health* 2007;35:387–395.
- 19 Vuorela M. Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön, Selvitys kuntoutuksella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden työllistymisestä ja työelämään paluun edistämisestä. [Nya möjligheter till arbete för personer som önskar arbeta, Utredning om främjande av sysselsättning och återgång till arbetslivet för personer som rehabiliteras och för personer som får pension p.g.a. arbetsoförmåga] Helsingfors: Arbetsministeriet, 2008 URL: <http://www.tem.fi/files/18750/Vuorela_loppuraportti.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 20 Social- och hälsovårdsministeriet. Asumista ja kuntoutusta, mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus [Boende och rehabilitering. Utvecklingsrekommendation om boendetjänster för rehabiliteringsklienter inom mentalvården] . Publikationer 2007:13. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2007. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1176454313087/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 21 Bedömning av konsekvenser för människan. URL: <<http://info.stakes.fi/iva/SV/index.htm>> Citerad [21.04.2010]
- 22 Työolojen mielenterveysvaikutusten arviointi turvaa aktiivisen työelämän [Uppskattning av arbetsförhållandens inverkan på den mentala hälsan säkrar ett aktivt arbetsliv], Työterveyslaitoksen tiedote 10.09.2008 URL: <<http://www.poliklinikka.fi/?page=1497210&id=6781372>> Citerad [21.04.2010]
- 23 Nelimarkka K, Kauppinen T. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. [Utvärdering av konsekvenser för människan] Oppaita 68:2007. Helsingfors: Stakes, 2007.
- 24 Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens regering 24.6.2003. Statsrådet. URL: <<http://www.valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/vn/hallitus/vanhasen-hallitusohjelma-2003/sv.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 25 Regeringsprogrammet för statsminister Matti Vanhanens andra regering 19.4.2007. Statsrådet. URL: <<http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/sv.pdf>> Citerad [21.04.2010]

-
- 26 Hallitusohjelman toimeenpanon arviointi hallituskauden puolivälissä. Hallituksen strategia-asiakirjan seuranta (Halvtidsöversyn av regeringsprogrammets genomförande). Statsrådets kansli 14:2009. Helsingfors: Statsrådets kansli 2009. URL: <<http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=256443>> Citerad [21.04.2010]
- 27 Statens revisionsverk. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. [Funktionsdugligheten i lagstiftningen som styr mentalvårdstjänsterna] Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuusastarkastuskertomukset 2009:194, Helsingfors: Edita Prima, 2009
URL: <http://www.vtv.fi/files/1854/1942009_Mielenterveyspalvelut_netti.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 28 Social- och hälsovårdsministeriet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. [Mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården 2004 – 2007] Publikationer 2003:20. Helsingfors, Social- och hälsovårdsministeriet, 2003. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/vk1102508770318/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 29 Österbottenprojektet. URL: <www.osterbottenprojektet.fi> Citerad [27.04.2010]
- 30 Vuoremaa M, Löytty L. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbottenprojektets första verksamhetsperiod åren 2005-2007. Diskussionsunderlag 28/2008. Helsingfors: Stakes, 2008. URL: <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T28-2008-VERKKO.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 31 Vantaan sateenvarjoprojekti. URL: <http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468> Citerad [21.04.2010]
- 32 Kallinen-Kräkin S. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2008-2011 [Nationella handlingsplanen för Kaste-programmet 2008–2011]. Rapporter 2009:9. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2009. URL: <<http://pre20090115.stm.fi/hl1235394467742/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 33 Wahlbeck K. Mielenterveyspalvelut [Mentalvårdstjänsterna]. I boken: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsingfors: Stakes, 2007
URL: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Palvelukatsaus_2007_Wahlbeck.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 34 Kiikkala I, Immonen T (red.). Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa – Pääsky –ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset [Från struktur till innehåll, från ord till handling! Mentalvården som ett led i basservicen – slutrapport om Pääsky -programmet med förslag till åtgärder]. Social- och hälsovårdsministeriet, Publikationer 2002:23 URL: <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/paasky/paasky.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 35 Social- och hälsovårdsministeriet. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård. Rapporter 2005:6
URL: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10484.pdf>
Citerad [21.04.2010]
- 36 Social- och hälsovårdsministeriet. Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. [Synpunkter på mentalvårdsrehabiliteringen] Stencilserie 2002:7
- 37 Finansministeriet. Budgetproposition 2006:14. Valtion mielisairaalat, URL: <<http://budjetti.vm.fi/indox/indoxervlet?fullpathxpointer=/2006/TAE/vmkanta/pl33/pl33ml14.xml%23/1&documentrole=tae2006>> Citerad [21.04.2010]
- 38 Raunio K. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen toteuttamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. [Social- och hälsovårdens servicesystem. En översikt över grundbegrepp, verkställande av service och servicebrukarnas ställning] Tampere; 2007.

-
- Granskad 2008. Nätpublikation. URL:
<<http://www.uta.fi/laitokset/sostyo/hlokunta/raunio/luento.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 39 Institutet för hälsa och välfärd. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Privata tjänster inom social- och hälsovården] Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, 2009. URL: <www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto> Citerad [14.12.2009]
- 40 Lindqvist T, Oksala I, Pihlman M-R (red). Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja. [Handbok om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte] Social- och hälsovårdsministeriet. Handböcker 2001:8 URL: <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/kuntoutus/kuntouttava.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 41 RAY lyhyesti [Kort om RAY]. URL: <<http://www.ray.fi/raytietoa/ray/lyhyesti.php>> Citerad [21.04.2010]
- 42 Pirkola S, Sohlman B (red.). Psykisk hälsa i Finland – Nyckeltal från Finland. Saarijärvi: Stakes, 2005
- 43 Salo M, Kallinen M. Yhteisumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. [Från gemensamt boende till samhället? Nuläge och framtid för boendetjänster för mentalvårdsklienter] Kehitys Oy: 2007, Pori
- 44 Nuorisoseuran toiminta. [Ungdomsstationens verksamhet]
URL: <<http://www.a-klinikka.fi/helsinginnuorisoseura/esittely.htm>> Citerad [05.02.2010]
- 45 Folkpensionsanstalten. Rehabilitering. URL:
<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801094743EH?OpenDocument>> Citerad [05.02.2010]
- 46 Sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmä: ehdotukset psykoterapian korvaamisesta. [Arbetsgruppen för utveckling av sjukvårdsförsäkringen; förslag angående ersättningar för psykoterapi] Psykologiliitto, 2007. URL:
<http://www.psyli.fi/tietoa/liitosta/liiton_hankkeet/stm_n_tyoryhman_ehdotukset_psykoterapian_korvaaminen> Citerad [22.12.2009]
- 47 Salminen JK. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys [Mentala störningar och arbetsförmåga]. Finlands läkartidning 2004;59(48):4745-8.
- 48 Pöyhönen E, Puumalainen T (red.). Mielenterveyskuntoutujien klubitalo – yhdessä kohti työelämää. [Mentalvårdsklienters klubbhus – tillsammans mot arbetslivet] Helsingfors: Stakes, 2003
- 49 Centralförbundet för Mental Hälsa. Förbundets verksamhet. URL:
<http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/> Citerad [21.04.2010]
- 50 Psykosociala förbundet. Verksamhet. URL: <<http://www.fspc.fi/infoverksamhet.html>> Citerad [21.04.2010]
- 51 Pirkola S, Wahlbeck K. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002. [Sjukhusvård 1987-2002 för drogrelaterad störning och samtidig annan mental störning] Finlands läkartidning 2004;15-16:1673-1677
- 52 Medicinalstyrelsen, Mentalsjukhusens förbund och Sjukhusförbundet. Schizofreniprojektet 1981-1987; slutrapporten av det riksomfattande utvecklingsprogrammet för undersökning, vård och rehabilitering av schizofreni. Medicinalstyrelsens handböcker 4. Helsingfors: Statens tryckericentral, 1988

-
- 53 Alanen YO. Mielenterveyspotilas ajan aalloilla [Mentalvårdspatienten i tiden]. Kanava 2, 1996:77-78
URL: <<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/alanen.htm>> Citerad [14.01.2010]
- 54 Social- och hälsovårdsministeriet. Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. [Verksamhetsplan för Masto-projektet 2008–2011] Rapporter 2008:41. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, 2008.
- 55 Sundström R, Kilkku N. Mielenterveyspalvelut muutoksessa, muuttuvanko käytännöt? Asiakaslähtöisen palveluohjauksen kehittäminen. [Mentalvårdstjänster i förändring, förändras praxis? Utveckling av en klientnära styrning av tjänster] Sairaanhoitaja-lehti 2004:10 URL: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2004/muut_artikkelit/mielenterveyspalvelut_muutoksess/> Citerad [21.04.2010]
- 56 Hastrup A, Toikka S, Solantaus T. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti. [Förebyggande mentalvårdsarbete på basnivå. Vavu-projektets slutrapport] Stakes Aiheita 2005:8 URL: <<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/CED9EAB7-DA23-44A2-A151-F1C75D2BCB48/0/vavu.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 57 Familj och barn i samspel. URL: <<http://info.stakes.fi/toimivaperhe/SV/index.htm>> Citerad [21.04.2010]
- 58 Time Out! –Livet på rätt spår. Stakes URL: <<http://info.stakes.fi/aikalisa/SV/index.htm>> Citerad [21.04.2010]
- 59 Salo M. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrvioinnin kohteena [Brukarutvärdering av mänskliga rättigheter i mental- och missbrukarvårdens anstalter]. THL Rapportteja, 2010 (in press)
- 60 Pylkkänen K, Pöllänen R, Upanne M (red.). Psykoterapia Suomessa [Psykoterapi i Finland]. Stakes oppaita 29. Helsingfors: Stakes, 1995.
- 61 Terveystieteiden tutkimuskeskus ry:n lausunto terveydenhuoltolaki ehdotuksesta 7.11.2008. [Hälsosocialarbete rf:s utlåtande angående förslaget till hälsovårdslag 7.11.2008] Terveystieteiden tutkimuskeskus ry URL: <http://www.talentia.fi/files/4881_THSOSkannanottoterveydenhuoltolakiin.doc> Citerad [21.12.2009]
- 62 Aalto I, Kiljala S (red.). Toisin tehden - uusia tuulia mielenterveystyöhön. [Nya vindar för mentalvårdsarbetet] Helsingfors: Centralförbundet för mental hälsa 2001
- 63 Mansikkavuori A. Miksi psykiatrilla on aina kiire? [Varför har psykiatern alltid bråttom?] Netti-helmi, 21.3.2007, URL: <http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi_62> Citerad [25.01.2010]
- 64 Ritschkoff J, Vataja R. Sähköhoitoa ei saa unohtaa [ECT-behandling får inte glömmas]. Duodecim 2009;125(5):480-1.
- 65 God medicinsk praxis rekommendationer. Läkarföreningen Duodecim URL: <<http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/hemsida>> Citerad [19.04.2010]
- 66 Talvitie V, Skoglund R. Selittäkö biologinen psykiatria oireet tieteellisemmin kuin psykologinen? [Förklarar den biologiska psykiatrin symptom mera vetenskapligt än den psykologiska?] Duodecim 2010;126:49-54
- 67 Ahola T, Laine S. Ihmisenä ihmiselle, vertaistuen merkitys mielenterveyskuntoutujalle. [Kamratstö-dets betydelse för rehabiliteringsklienter] Lahden ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö, hoitotyön

-
- koulutusohjelma, 2009 URL:
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3089/Ahola_Tanja.pdf?sequence=1> Citerad [18.01.2010]
- 68 Saikku P. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia. [Klientsamarbete enligt den nya lagen? Utvärdering av klientsamarbetet inom rehabiliteringen] Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter 2006:47 URL:
<<http://pre20090115.stm.fi/pr1157525940524/passthru.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 69 Hyvönen S. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä, tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä [Flerdimensionellt och multidisciplinärt samarbete i föränderliga omständigheter, forskning om mentalvårdsarbete inom primärhälsovården]. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 373. Tammerfors: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 2004. URL: <<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6054-5.pdf>> Citerad [21.04.2010]
- 70 Ahokas P. Moniammatillinen yhteistyö Leppävaaran pitkäaikaisen mielenterveysasiakkaan palveluketjussa. [Multidisciplinärt samarbete i servicekedjan för kroniska mentalvårdspatienter i Alberg] Examensarbete. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin Alppikadun yksikkö, 2001 URL:
<http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2001/AhokasPinja-Maaria2001.pdf> Citerad [4.01.2010]
- 71 Arnkil R, Karjalainen V, Saikku P, Spangar T, Pitkänen S. Työvoimatoimistot ja työvoimanpalvelukeskukset tänään ja huomenna, Väliraportti Suomen työvoimapalvelujen uudistuksesta. [Arbetskraftsbyråer och servicecenter för arbetskraften idag och imorgon, Mellanrapport om förnyelsen av Finlands arbetskraftstjänster] Työhallinnon julkaisu 373. Helsingfors: Arbetsministeriet 2007. URL:
<http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/07_julkaisu/thj373.pdf> Citerad [21.04.2010]
- 72 Kärkkäinen J. Onnistuuko psykiatrian yhdyntyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? [Lyckas integrationen av psykiatri i det somatiska vårdsystemet?] Tutkimuksia 138. Helsingfors: Stakes, 2004
- 73 Tuulari J, Aromaa E, Herberts K, Wahlbeck K. Pohjalainen masennus ja hakeutuminen hoitoon [Österbottnisk depression och att söka behandling]. Finlands läkartidning 2007;61:790-1
- 74 Wahlbeck K, Pirkola S. Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? [Är det tid att stänga de psykiatriska sjukhusen?] I boken: Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta [Forskartalurer om hälso- och sjukvården]. Helsingfors: Stakes, 2008
- 75 Juntila H. Sosiaalinen yritystoiminta floppasi. [Den sociala företagsverksameheten floppade] Talouselämä 19.12.2005 URL: <<http://www.talouselama.fi/uutiset/article166712.ece>> Citerad [26.01.2010]
- 76 Sohlman B, Pirkola S, Wahlbeck K. Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin [Sambandet mellan kortare behandlingsperioder på psykiatriska sjukhus och självmord efter vårdperioden]. Duodecim 2006;122:819-25
- 77 Pirkola S, Sohlman B, Heilä H, Wahlbeck K. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. Psychiatric Services 2007;58(6):879-80
- 78 Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009;373:147-53

-
- 79 Salokangas R, Helminen M, Koivisto A-M, Rantanen H, Oja H, Pirkola S, Wahlbeck K, Joukamaa M. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus sairaanhoitopiireittäin [Schizofrenipatienters mortalitet enligt sjukvårdsdistrikt]. *Finlands läkartidning* 2008;61(44):3759-66
- 80 Aromaa E, Tuulari J, Herberts K, Wahlbeck K. Pohjalaisen väestön suhtautuminen masennukseen ja mielen hoitamiseen [Österbottningarnas inställning till depression och vård av psyke]. *Finlands läkartidning* 2007;61(8):788-789