

SAMI PIRKOLA, BRITTA SOHLMAN (RED.)

Psykisk hälsa i Finland

NYCKELTAL FRÅN FINLAND

Stakes

Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården

REDAKTIONSRÅD

Juha Teperi, chairman

Jouko Karjalainen

Heli Mustonen

Olli Nylander

Kerttu Perttilä

Marja-Leena Perälä

Riitta Seppänen-Järvelä

Päivi Voutilainen

Päivi Väyrynen

EXPERTGRUPP

Maarit Alasuutari

Ritva Hein

Maijaliisa Junnila

Sari Kauppinen

Marja Niemi

Soili Orre

Simo Pelanteri

Kaija Waalgamaa

Kristian Wahlbeck

ISBN 951-33-1806-0 webbpublikation
Stakes, Helsingfors 2005

Psykisk hälsa ett allt aktuellt tema

Psykisk hälsa kan liknas vid förnybara naturresurser. Den är en föränderlig del av vardagen, den slits och förnyas. God psykisk hälsa smittar av sig och sprids i omgivningen. Också kriser och svårigheter som tär på våra psykiska resurser hör vardagen till. Barndomen och barndomsfamiljen färgar vars och ens psykiska hälsa. Ungdomen kallas ofta för den andra chansen, eftersom den ger en chans att övervinna eventuella tidigare problem. I arbetslivet är den psykiska hälsan en allt viktigare resurs. Ett parförhållande kan stärka, men också pröva den psykiska hälsan. God psykisk hälsa borgar också för en god ålderdom.

Den psykiska hälsan har såväl samhälleliga som individuella dimensioner, liksom också biologiska, sociala och psykologiska aspekter. Det finns ingen anledning till determinism: dåliga gener, olyckor, sjukdomar eller förluster är ingenting som självfallet äventyrar en människas psykiska hälsa. Det mänskliga psykets mångfasetterade komplexitet gör det svårt att ge några entydiga kriterier på god psykisk hälsa. Nya gruppbaseade behandlingsformer är först i sin linda. Om god psykisk hälsa är svår att definiera så är psykiska störningar och problem desto klarare avgränsade och lättare att urskilja. Behandlingen av dem har en lång tradition.

Frågor som gäller psykisk hälsa kommer framöver att bli allt viktigare i hela världen. Informationssamhällets utveckling är en mental process. Psykiska problem är ett hinder för både enskilda individers utveckling och organisationers och företags ekonomiska och sociala blomstring. Därför är det viktigt att de psykiska problemen kartläggs och beskrivs i hela sin bredd.

Den här skriften sammanfattar all den statistiska information om psykisk hälsa som för närvarande finns tillgänglig. I det här skedet ligger tyngdpunkten vid störningar och deras behandling. Vi hoppas att denna skrift skall vara till nytta för olika ändamål.

Vappu Taipale

Innehåll

1 Inledning	1
1.1 Statistisk information om psykisk hälsa och mentalvårdstjänster	1
1.2 Lagstiftning om tillhandhållandet av mentalvårdstjänster	1
2 Nyckeltal för psykiska problem	4
2.1 Psykiska störningar	4
2.2 Prevalens av psykiska störningar	5
2.3 Dödlighet i självmord	6
2.4 Användning av alkohol och narkotika	7
3 Nyckeltal för mentalvårdstjänster och psykiatrisk vård	9
3.1 Nyckeltal för tjänsterna och deras användning	9
3.1.1 Psykiatriska besök och psykiatrisk öppenvård	9
3.1.2 Psykiatrisk sjukhusvård	11
3.1.3 Halvöppna tjänster	18
3.1.4 Barn- och ungdomspsykiatriska tjänster	21
3.2 Yrkesgrupper inom den psykiska hälsovården	22
3.3 Psykiatrisk vård	26
3.3.1 Läkemedelsbehandling	26
3.3.2 Psykoterapi	29
3.4 Invaliditet och pensioner	32
3.5 Finansiering och kostnader	34
Litteratur	36

1 Inledning

1.1 Statistisk information om psykisk hälsa och mentalvårdstjänster

Information om psykisk hälsa och mentalvårdstjänster finns att hämta bland annat i olika publikationer, på internet och i statistiska sammanställningar. Bland de statistiska sammanställningarna kan nämnas de sammandrag som Stakes och Statistikcentralen periodiskt eller efter behov ger ut, samt de webbadresser som anges senare i texten. Ur vanliga användares synvinkel har den statistiska informationen om psykisk hälsa hittills varit spridd på separata ämnesspecifika publikationer eller enbart funnits hos och använts av registerförarna själva. Dessutom har informationen sammanställts i stora databaser och register vars användning kräver särskild kompetens av dem som vill välja och plocka ut enskilda och tillräckligt åskådliggörande siffror.

Den här skriften är tänkt som en samlad och lättanvänd källa till information om psykisk hälsa och mentalvårdstjänster. Vi hoppas att den är till hjälp både för dem som arbetar inom den psykiska hälsovården och för dem som fattar beslut och informerar om dessa frågor. Det är viktigt att det finns tillförlitlig och systematiskt organiserad information om psykisk hälsa i användbar form att grunda det social- och hälsovårdspolitiska beslutsfattandet på. Uppdaterad, aktuell information behövs även för att medborgarna skall kunna bilda sig uppfattningar och åsikter samt som faktagrund för en allmän debatt.

Den här skriften är den första i en serie som vi avser uppdatera med jämna mellanrum. Skriften kommer att ges ut såväl i tryckt version som på nätet. På internet finns även andra goda källor med information om fysisk och psykisk hälsa. Nyckeltal som beskriver befolkning, ekonomi, hälsa osv. finns samlade på Statistikcentralens webbadress http://tilastokeskus.fi/tk/tilastotietoa_ru.html eller i tabellerna i dess statistiska årsbok (Statistikcentralen 2002). Också Folkpensionsanstalten publicerar statistisk information på nätet (<http://193.209.217.5/in/internet/svenska.nsf/net/280901135257?OpenDocument>) samt i den årligen utkommande statistiska årsboken (FPA 2002). På motsvarande sätt tillhandahåller Stakes rikligt med information på webbadressen <http://www.stakes.info/> och i sina statistiska årsböcker. Andra informationskällor nämns separat i samband med det aktuella ämnet.

1.2 Lagstiftning om tillhandhållandet av mentalvårdstjänster

Lagstiftningen ålägger kommunerna ansvaret för att tillhandahålla mentalvårdstjänster. Kommunerna kan producera mentalvårdstjänsterna antingen inom ramen för sin egen primärvård respektive psykiatriska vård eller köpa dem av sitt sjukvårdsdistrikt eller andra producenter. De vanligaste tjänsterna omfattar psykiatriska öppenvårdsbesök på hälsostationer eller mentalvårdsbyråer, psykiatrisk avdelningsvård samt en mångfald av stödtjänster för boende, vardag och rehabilitering som tillhandahålls av exempelvis hem-

tjänsten, hemsjukvården och dagcentren eller av olika organisationer och privata producenter. Enligt mentalvårdslagen (1116/1990) skall samkommunerna för sjukvårdsdistriktet och hälsovårdscentralerna inom respektive område tillsammans med den kommunala socialvården och de samkommuner som tillhandahåller specialomsorger organisera mentalvårdstjänsterna så att de bildar en funktionell helhet. Mentalvårdstjänsterna skall ordnas så att de till innehåll och omfattning motsvarar behovet. Dessutom föreskrivs i mentalvårdslagen förutsättningarna för att en person kan och skall tas in för vård oberoende av sin vilja samt hurdana behandlingsåtgärder som kan vidtas mot viljan.

Centrala lagar med bestämmelser om tillhandahållandet av mentalvårdstjänster är folkhälsolagen (66/1972), mentalvårdslagen (1116/1990) och lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989).

Enligt folkhälsolagen (66/1972) skall kommunen sörja för folkhälsoarbetet.

Med folkhälsoarbete avses hälsovård, som rör individen och hans livsmiljö samt individens sjukvård, ävensom sådan verksamhet i anslutning till dessa, som avser upprätthållande och främjande av befolkningens hälsotillstånd. I folkhälsoarbetet ingår även mentalvårdstjänsterna. Inom folkhälsoarbetet åligger det kommunen att med beaktande av mentalvårdslagen tillhandahålla sådana mentalvårdstjänster för kommuninvånarna som det är ändamålsenligt att anordna i hälsovårdscentraler (14 § 2 a mom.). Även i folkhälsoförordningen (802/1992) finns bestämmelser om mentalvårdstjänsterna.

Mentalvårdslagen (1116/1990)

är en så kallad ramlag med föreskrifter om dels vad som avses med och omfattas av mentalvårdsarbetet, dels om ledningen och tillsynen samt ansvaret och principerna för hur tjänsterna skall tillhandahållas. Dessutom har lagen specialbestämmelser om statens sinnessjukhus, om psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och om sinnesundersökningar. År 2001 gjordes en ändring i mentalvårdslagen (1423/2001) som då fick nya paragrafer om utskrivning under övervakning av en verksamhetsenhet inom sjukvårdsdistriktet (18 a §) och preciseringar i begränsningen av patientens grundläggande fri- och rättigheter medan vård och undersökning oberoende av patientens vilja pågår (22 a–22 k §). I mentalvårdsförordningen (1247/1990) ges noggrannare bestämmelser om innehållet i och ordnandet av mentalvårdsarbetet. En ändring av mentalvårdsförordningen (1282/2000) gäller mentalvårdstjänster för barn och unga (6 a–6 d §). Den bestämmer om maximala tidsgränser för bedömning av remisser och ordnande av vård samt om samarbete mellan vårdenheterna, om stödåtgärder inom den öppna vården och om regionalt samarbete.

I lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989)

regleras hur specialiserad sjukvård och verksamhet i anslutning därtill skall ordnas. I detta avseende skall samtliga kommuner höra till en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt. Sjukvårdsdistriktet skall koordinera de specialiserade sjukvårdstjänst-

terna och i samarbete med hälsovårdscentralerna planera och utveckla den specialiserade sjukvården så att folkhälsoarbetet och den specialiserade sjukvården bildar en funktionell helhet. Samarbete skall också ske med kommunernas socialsektor. Sjukvårdsdistriktet skall dessutom sörja för den forskning, utvecklingsverksamhet och utbildning som gäller dess uppgiftsområde.

Andra viktiga lagar och förordningar:

- Lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården (733/1992)
- Lagen och förordningen om missbrukarvård (41/1986 resp. 653/1986)
- Barnskyddslagen (683/1983)
- Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)
- Personuppgiftslagen (523/1999)
- Förordningen om medicinsk rehabilitering (1015/1991)
- Förordningen om service och stöd på grund av handikapp (759/1987)
- Lagen om rehabiliteringssamarbete (604/1991)
- Lagen om arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte (189/2001)
- Socialvårdslagen (710/1982)
- Kommunallagen (365/1995)

Lagstiftningen finns på webbadressen <http://www.finlex.fi/sv/>

2 Nyckeltal för psykiska problem

2.1 Psykiska störningar

Psykiska störningar med tillhörande följder är allmänt förekommande sjukdomar. Förutom allt lidande skapar de även behov av tjänster och orsakar kostnader också utanför hälsovårdssektorn. Deras betydelse för folkhälsan är stor och den sjukdomsburden de utgör tycks ständigt växa. De vanligaste och med tanke på folkhälsan viktigaste psykiska störningarna är affektiva syndrom, ångestsyndrom, alkohol- och narkotikarelaterade störningar, personlighetsstörningar samt psykotiska störningar (Lönnqvist et al. 2001).

Affektiva syndrom

De vanligaste affektiva syndromen är olika tillstånd som tar sig uttryck i depression (depressiva syndrom) samt bipolära syndrom, där även upprymdhet eller upphetsning förekommer. Man räknar med att 4–9 procent av befolkningen årligen lider av depression, medan 10–20 procent drabbas någon gång under sitt liv. Bipolärt syndrom återförekommer hos 1–2 procent av befolkningen. I västvärlden är depressioner dubbelt så vanliga bland kvinnor som bland män.

Behandlingsformerna för affektiva syndrom är numera medicinering av olika slag, vissa psykoterapiformer samt i särskilda fall biologiska behandlingsmetoder, såsom el- och ljusbehandling.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom karakteriseras av överdriven oro, rädslor och känslor av inre spänning som när de upprepas inverkar menligt på den psykiska och sociala funktionsförmågan. De mest kända ångestsyndromen är paniksyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom samt fobier av olika slag, såsom klaustrofobi eller agorafobi.

Uppskattningarna av hur vanliga ångestsyndromen är varierar, men man räknar med en prevalens på någon enstaka procent. Lindrigare ångestupplevelser torde vara mångfald vanligare. Dessa syndrom debuterar typiskt redan i ungdomen eller i unga vuxenår. Ångestsyndrom kan behandlas både med läkemedel och med olika psykoterapier.

Alkohol- och narkotikarelaterade störningar

Vid alkohol- och narkotikarelaterade störningar handlar det om att bruket av rusmedel blivit skadligt, tvångsmässigt, oftast rikligt samt okontrollerat. Alkoholberoende är minst dubbelt så vanligt bland män som bland kvinnor. Enligt olika uppskattningar förekommer alkoholberoende hela tiden hos 4–8 procent av befolkningen, medan 8–15 procent drabbas någon gång under sin livstid. Alkoholberoendets förlopp varierar mellan allt från lindrigt till svårt förfall. Uppskattningarna av läkemedels- och narkotikaberoendet är få; de varierar mellan mindre än en och några få procent av befolkningen.

Behandlingen av alkohol- och narkotikaberoende är en krävande och långvarig process med varierande resultat. Traditionellt har behandlingen utgjorts av olika psykosociala metoder som inkluderar gruppvård, kamratgrupper och motivationshöjning. Numera används även vissa läkemedelsbehandlingar som visat sig vara verkningsfulla i särskilda fall.

Personlighetsstörningar

Man talar om personlighetsstörningar när en persons sätt att agera permanent och enligt ett visst mönster avviker från det vanliga och är till förfång för hennes sociala liv och välbefinnande. Symtomen kan visa sig i form av långvarig och skadlig impulsivitet, instabilitet och hämningar samt krävande eller asocialt uppträdande. Enligt uppskattning förekommer olika slags personlighetsstörningar hos 5–15 procent av befolkningen. Behandling och diagnostisering av dessa störningar är en krävande uppgift. Behandlingen är ofta inriktad på att lindra symtomen och begränsa problemen. En del av dem som lider av personlighetsstörningar torde kunna hjälpas med långvarig och intensiv psykoterapi, och symtomen, t.ex. växlande sinnesstämningar eller impulsivitet, kan lindras med vissa läkemedel.

Psykotiska störningar

Personer med psykotiska störningar har en på ett eller annat sätt förvrängd verklighetsuppfattning. De kan lida av till exempel vanföreställningar eller hallucinationer. Bakom de psykotiska störningarna har man kunnat identifiera olika strukturella och funktionella förändringar i hjärnan som kan försvåra individens förmåga att behandla information från många håll. Till de vanligaste psykotiska störningarna räknas schizofreni, som betraktas som en kronisk sjukdom, men även många andra och kortvariga psykotiska störningar förekommer. Alkohol och narkotika ökar risken för psykotiska symtom. Normalt räknar man med att 0,5–1,5 procent av en population lider av schizofreni. Då även andra psykotiska störningar medräknas blir andelen dock mångfaldig. Vid behandlingen av psykotiska störningar behövs mestadels medicinering, medan sjukhusvård blir aktuell snarast då symtomen är mycket allvarliga.

2.2 Prevalens av psykiska störningar

I den färskaste studien Hälsa 2000 har förekomsten av de vanligaste psykiska störningarna hos över 29-åriga finländare bedömts med hjälp av intervjuinstrumentet CIDI, som används frekvent i internationella studier. Intervjuerna genomfördes mellan september 2000 och juli 2001. Man frågade de intervjuade om symtom på psykiska störningar under året före intervjun och ställde diagnoser då det enligt etablerade diagnostiska kriterier var möjligt.

Liksom tidigare studier visar också den nu utförda att ungefär en fjärdedel av finländarna lider av psykiska symtom (Pirkola m. fl. 2002). Hos uppskattningsvis 15–20 procent kunde någon diagnostiserbar psykisk störning påvisas under det senast förflutna året (Lehtinen m. fl. 1990, Pirkola m. fl. 2002, 2005). De vanligaste är olika depressioner, ångestsyndrom och alkoholrelaterade störningar (tabell 1). Forskningen visar att de psy-

TABELL 1. Prevalens av de vanligaste psykiska störningarna hos finländare över 29 år i undersökningen Hälsa 2000 vintern 2000–2001 (Pirkola m.fl. 2005)

	Män (n = 2 748) %	Kvinnor (n = 3 257) %	Samtliga (n = 6 005) %
Depressionstillstånd			
Svår depression	3,4	6,3	4,9
Långvarig depression	1,6	2,2	1,9
Någon depression	4,5	8,2	6,5
Ångestsyndrom			
Paniksyndrom	1,4	2,4	1,9
Social fobi	1,1	0,9	1,0
Agorafobio	1,2	1,4	1,3
Generaliserat ångestsyndrom	1,3	1,3	1,3
Någon ångestsyndrom	3,7	4,8	4,2
Alkoholrelaterade syndrom			
Alkoholberoende	6,5	1,4	3,9
Alkoholmissbruk	0,7	0,0	0,3
Någon alkoholrelaterat syndrom	7,3	1,4	4,3

kiska störningarna inte har ökat under de årtionden under vilka utvecklingen har följts, även om man ibland låter påskina annat i offentligheten (Lehtinen et al. 1990, Pirkola et al. 2005). Men de har inte heller minskat, vilket är fallet med många fysiska sjukdomar. På basis av utländska undersökningar förefaller det som om de vanligaste störningarna är lika vanliga i andra västländer som i Finland (WHO 2000). Nämnas bör dessutom att finländarna enligt indikatorer på psykiska symtom och välbefinnande bedömdes må relativt bra i den nyss genomförda Eurobarometerenkäten (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf).

2.3 Dödlighet i självmord

Ett självmord föregås alltid av en komplicerad process med såväl riskfaktorer som skyddande faktorer av både kort- och långvarigt slag. Flera av de psykiska störningarna ökar risken för självmord. Vi vet att över 90 procent av dem som begått självmord lidit av någon sådan. Dessutom ökas risken av svårigheter i livet, såsom svåra motgångar i de mänskliga relationerna eller i yrkeslivet. Vi vet också att de årliga variationerna i den nationella självmordsstatistiken har ett samband bland annat med betydande förändringar i alkoholkonsumtionen och arbetslösheten, även om vi inte känner till mekanismen bakom detta fenomen (Lönqvist m. fl. 1993).

Finland har allt sedan 1800-talet fört statistik över självmord, och denna statistik anses relativt tillförlitlig. Antalet självmord i förhållande till befolkningens mängd har ökat stadigt från 1800-talet fram till början av 1990-talet, varefter siffran under de följande tio åren tycks ha minskat med cirka en tredjedel (diagram 1). Den mest betydande minskningen gäller självmordssiffrorna för män.

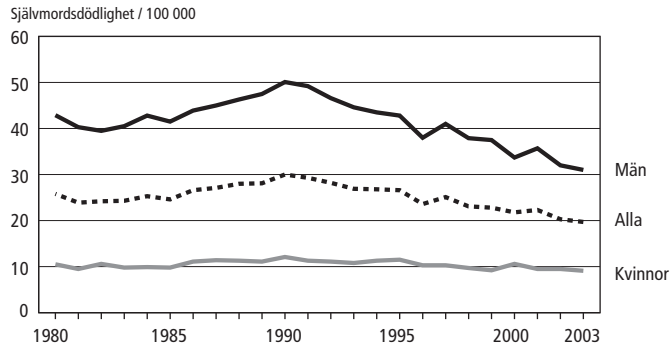


DIAGRAM 1. Dödlighet i självmord bland kvinnor och män 1980–2003 (Källa: Statistikcentralen)

Självmordsdödligheten beräknas per hundra tusen invånare och år. I västvärlden varierar siffran vanligen mellan 10 och 30 (0,01–0,03 %). Finland har av hävd hört till länderna med hög självmordsdödlighet, men läget har blivit något bättre under de senaste tio åren, då en tydlig minskning kan ses. I Finland påbörjades i slutet av 1980-talet forskningsprojektet Självmorden i Finland 1987 (Lönnqvist m. fl. 1993) – ett omfattande projekt även i internationellt perspektiv – och parallellt med detta ett projekt för förhindrande av självmord (Upanne m. fl. 1999).

2.4 Användning av alkohol och narkotika

Användningen av alkohol och narkotika har vidsträckta följder såväl för nationalekonomin som för folkhälsan. Det finns ett uppenbart samband mellan å ena sidan psykiska störningar, å andra sidan alkohol- och narkotikamissbruk. Det är också viktigt att minnas att både det beroende som missbruket skapar och de negativa följder som därav följer betraktas som en medicinsk sjukdom och psykisk störning. Förutom själva beroendet är de relaterade psykiska störningarna vanligen affektiva syndrom, psykotiska syndrom och beteendestörningar. Hos psykiatriska patienter orsakar och förvärrar användningen av alkohol och narkotika många av de psykiska symtomen och gör det ofta svårt att hitta rätt vårdplats och fullfölja vården.

Information om konsumtion, användning och missbruk av alkohol och narkotika samt om de skadliga följder som därav följer ingår såväl i olika myndigheters statistik och register som i särskilda studier i ämnet. Stakes redigerar och publicerar rapporten *Rusmedelsstatistisk årsbok*, som presenterar central alkohol- och narkotikarelaterad statistik och forskningsresultat som tidsserier (diagram 2).

I fråga om alkohol- och narkotikarelaterade sjukdomar som diagnostiseras inom sjukhusvården eller den specialiserade sjukvårdens öppenvård, t.ex. alkoholpsykos, kan uppgifterna hämtas direkt ur Stakes register för vårdanmälningar. Med hjälp av detta register kan man göra tidsseriestudier av till exempel vårdperioder på sjukhus för patienter med narkotikarelaterade diagnoser och samtidig diagnos på någon annan psykisk störning (diagram 3).

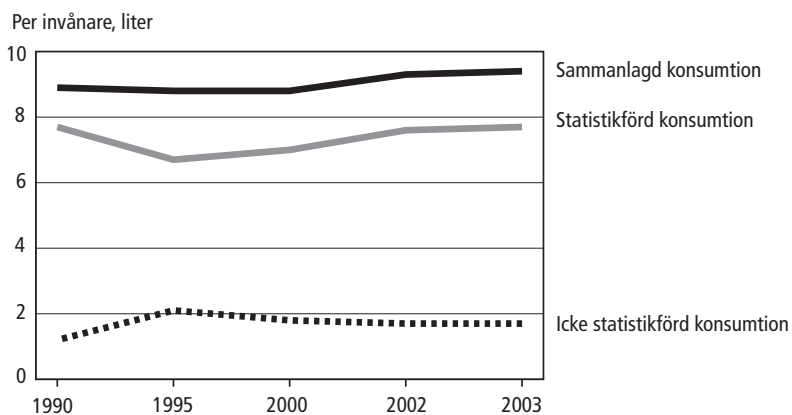


DIAGRAM 2. Total alkoholkonsumtion i 100 %-ig alkohol 1990–2003 (Källa: Stakes)

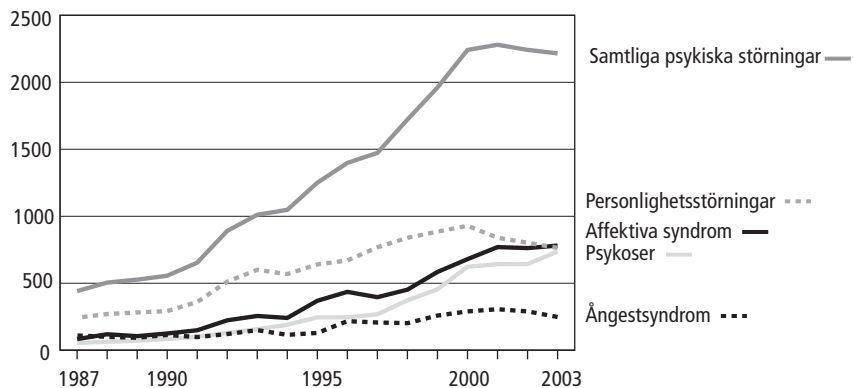


DIAGRAM 3. Vårdperioder på sjukhus av patienter med narkotikarelaterade diagnoser och samtidig diagnos på någon annan psykisk störning 1987–2003 (Källa: Hilmo, Stakes)

3 Nyckeltal för mentalvårdstjänster och psykiatrisk vård

Kommunerna i Finland tillhandahåller sina invånare mentalvårdstjänster på olika sätt. De viktigaste tjänsterna omfattar psykiatriska öppenvårdsbesök inom primärvården eller den specialiserade sjukvården, olika slags psykiatrisk institutionsvård samt stöd i boende och vardag för dem som behöver långvarig och mångsidig psykiatrisk hjälp. Parallellt med det offentliga servicesystemet erbjuder dessutom den så kallade tredje sektorn, dvs. på olika sätt organiserade nätverk som kompletterar de offentliga tjänsterna, stöd och service av många olika slag i vardagslivet, kriser eller i andra speciella situationer. Typiskt för den tredje sektorn är bland annat att tröskeln till servicen är låg och att man har god kännedom om behoven hos olika specialgrupper, till exempel invandrare, missbrukare och anhöriga till mentalpatienter. Information om dessa tjänster finns delvis tillgänglig vid den tredje sektorns olika verksamhetsenheter, men tillsvidare inte i systematisk form. Goda källor med samlad information finns dock på internetadresserna <http://www.stakes.fi/tietovep/linkit.htm> och <http://www.mtkl.fi/tietopankki/linkit/>.

Det är viktigt att komma ihåg att det finns en bred skala av mentalvårdstjänster som omfattar allt från stöd- och rådgivningstjänster för olika livssituationer till intensiva och krävande behandlingar för svårt sjuka. Utbudet och behovet av tjänster påverkar varandra enligt ett mycket komplicerat mönster. Förändringarna i serviceutbudet erbjuder inte en tillförlitlig grund för några slutsatser om vare sig servicebehovet eller i synnerhet de eventuellt bakomliggande problemen och störningarna. Behovet av tjänster är summan av flera faktorer som inte enbart anknyter till förekomsten av störningar. Finlands geografiska vidsträckt och varierande boendtäthet medför antagligen stora regionala skillnader i tillgången på tjänster, men någon tillförlitlig information om hur dessa skillnader påverkar människornas välbefinnande finns tillsvidare inte.

Nyckeltal för internationella mentalvårdstjänster finns samlade under WHO:s projekt Atlas om psykisk hälsa. Statistiken kan granskas på webbadressen <http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/>

3.1 Nyckeltal för tjänsterna och deras användning

3.1.1 Psykiatriska besök och psykiatrisk öppenvård

Det finns fortfarande mycket att förbättra och utveckla i statistiken över psykiatriska besök och psykiatrisk öppenvård. Problemet med den nuvarande statistiken är att psykiatriska besök på hälsostationerna eller inom annan service inte registreras systematiskt. Anledningen är varierande praxis och datasystem, olika inställning till statistikföring i allmänhet och datasekretessfrågor som inte kunnat lösas. En statistisk jämförelse försvåras i synnerhet av att den psykiatriska öppenvården ordnas på olika sätt i olika kommuner.

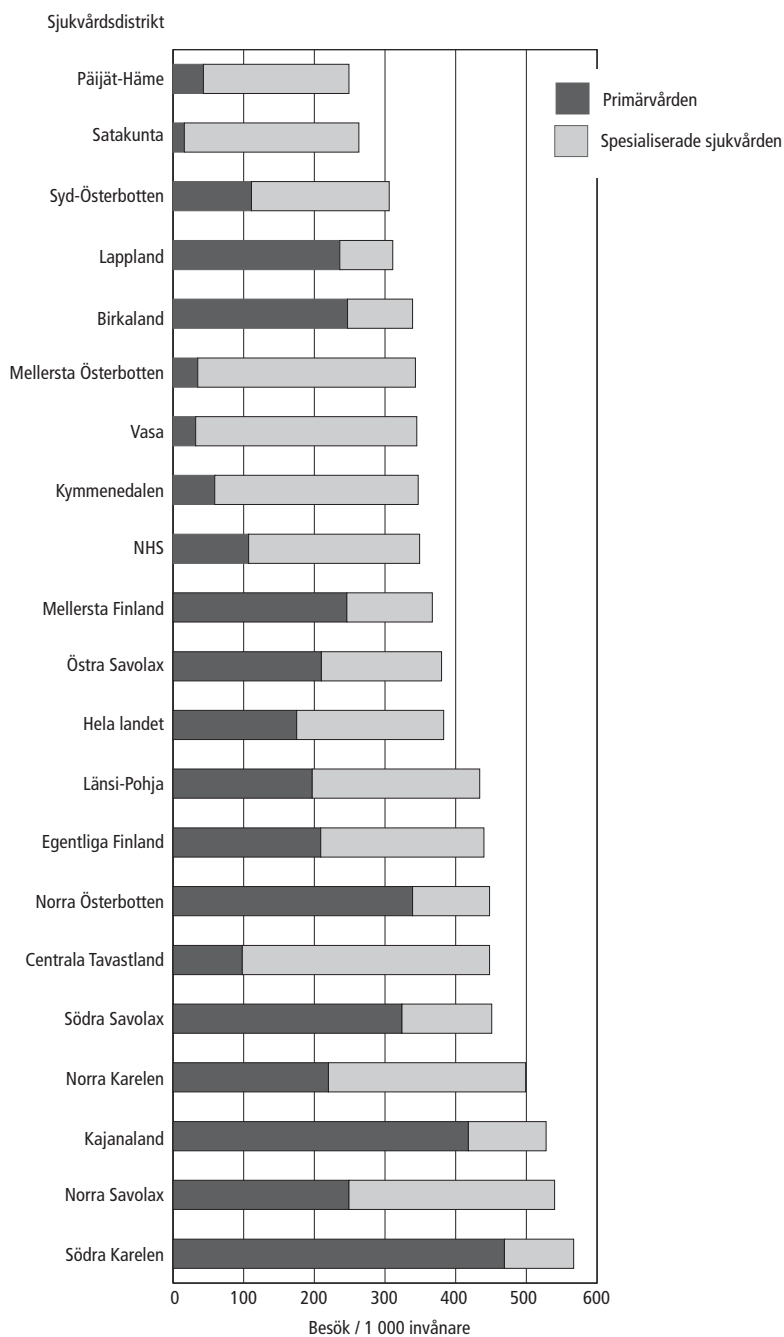


DIAGRAM 4. Psykiatriska besök inom öppenvården per sjukvårdsdistrikt 2002 fördelade på kommunens hälso- och sjukvårdstjänster samt sjukvårdsdistriktets tjänster. (En del av hälsovårdscentralerna har meddelat uppgifterna under den specialiserade sjukvården. I det här diagrammet tas de upp som prestationer inom primärvården/folkhälsoarbetet. Källa: Benchmarking, Stakes)

En del kommuner ordnar den psykiatriska verksamheten i egen regi, medan andra fortfarande tillhandahåller den i form av specialiserad sjukvård ordnad av sjukvårdsdistriktet. Stakes databas Benchmarking innehåller information om besök inom sjukvårdsdistriktens psykiatriska öppenvård från 1996. Besöken vid kommunernas egen mentalvård eller andra öppenvårdstjänster syns inte i dessa siffror. En kartläggning av de psykiatriska besöken inom öppenvården gjordes 2002 i syfte att få fram en helhetsbild. Kartläggningen kompletterades med kommunvisa förfrågningar om antalet psykiatriska besök på kommunernas hälso- och sjukvårdsmottagningar (diagram 4).

Det visade sig att det finns uppenbara skillnader i såväl öppenvårdens organisationsform som dess resurser. En framtida utmaning för statistikföringen och forskningen är att också kartlägga de regionala behoven och att uppskatta öppenvårdstjänsternas omfattning och serviceutbudets ändamålsenlighet.

3.1.2 Psykiatrisk sjukhusvård

Psykiatrisk sjukhus- eller institutionsvård behövs ofta i situationer då de åtgärder som öppenvården kan erbjuda inte räcker till. Det finns många typer av psykiatrisk sjukvård. Beroende på patientgrupp och sjukdom erbjuds allt från kortvarig stödbehandling inom kris- och öppenvård till långa rehabiliterande vårdperioder. Allt sedan början av 1950-talet har trenden i västvärden varit att minska sjukhusvårdens andel. I Finland kom denna trend i gång på 1970-talet. Utvecklingen går från separata psykiatriska sjukhusenheter mot psykiatriska avdelningar i anslutning till annan sjukhusverksamhet. Psykiatrisk sjukhusvård ges bland annat vid universitetscentralsjukhusen, centralsjukhusen, krets-sjukhusen och en del mindre, specialiserade psykiatriska enheter. Bland specialgrupperna kan nämnas barn- och ungdomspsykiatriska patienter, svårbehandlade akutpsykiatriska patienter och patienter som behöver långvarig rehabilitering.

Mentalvårdstjänsterna för äldre ingår i allmänhet i övriga äldreomsorgstjänster eller mentalvårdstjänster. Förekomsten av psykiska störningar är mindre hos äldre åldersgrupper än hos yngre. Kännetecknande för äldre är dels att fysiska sjukdomar och symptom spelar en stor roll vid uppkomsten och diagnostiseringen av psykiska störningar, dels ensamhetens inverkan på den psykiska hälsan. Med en befolkning som blir allt äldre kommer även behovet av allmän omsorg och praktiskt stöd för dem som lider av psykiska störningar sannolikt att öka. Att utveckla mentalvårdstjänsterna för äldre är en permanent utmaning.

Sjukhusens utskrivningsregister (1969–1993) och vårdanmälningsregistret Hilmo (1994–) innehåller uppgifter om vårdperioder på de finländska sjukhusen allt sedan 1969. Ur registren kan man ta fram specifika uppgifter om psykiatrisk sjukhusvård enligt specialområde eller diagnos. De viktigaste och mest utnyttjade av dessa uppgifter är antalet patienter och vårdperioder, vårdperiodernas längd, patienternas diagnoser samt uppgifter om på vilket sätt vården söktes och om vårdbeslut och -åtgärder oberoende av patientens vilja. Uppgifterna kan fås enligt sjukhus, kommun eller sjukvårdsdistrikt, och siffrorna kan sammanställas i tidsserier eller jämföras regionalt.

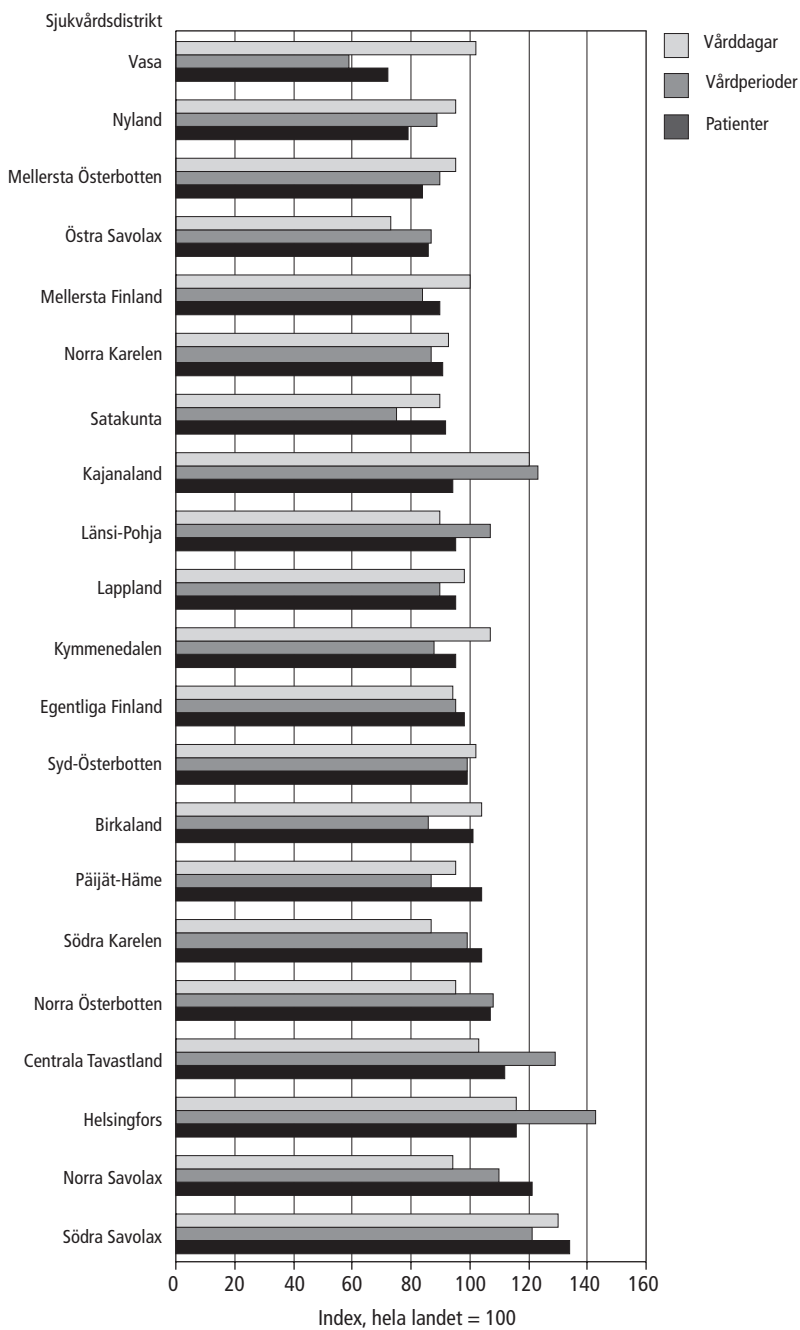
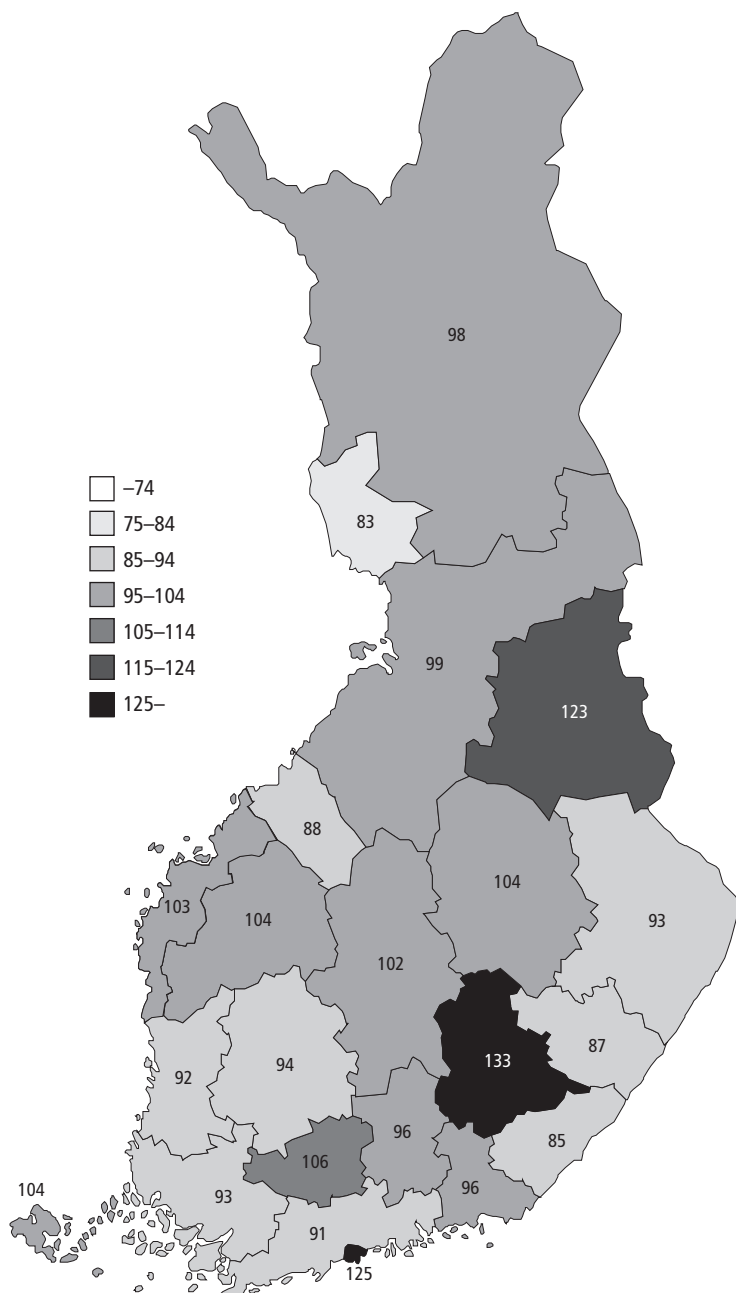
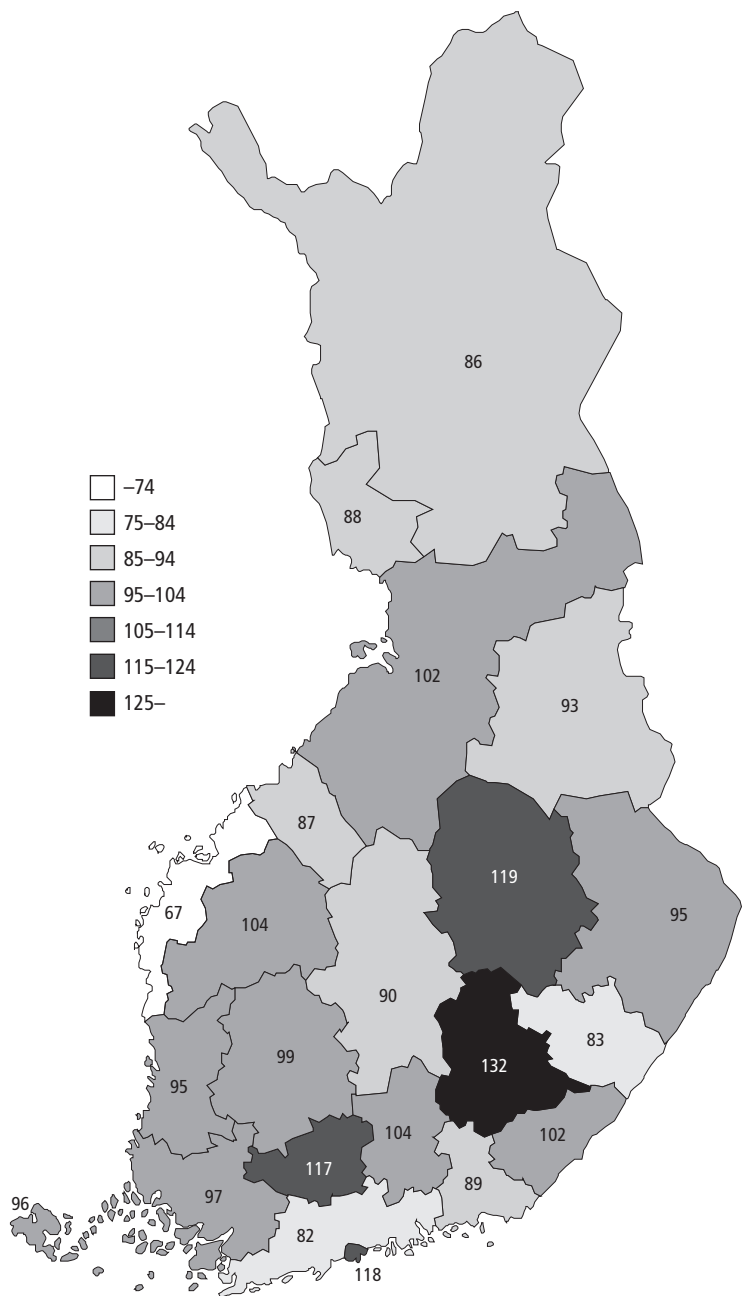


DIAGRAM 5. Psykiatrisk sjukhusvård: indexerade, ålders- och könsstandardiserade vård dagar, vårdperioder och patienter 2003 i förhållande till befolkningens mängden. (Källa: Sotka, Stakes)



KARTA 1. Psykiatriska vård dagar 2003 per sjukvårdsdistrikt (hela landet = 100), indirekt ålders- och könsstandardisering (Källa: Hilmo, Stakes)



KARTA 2. Psykiatriska patienter 2003 per sjukvårdsdistrikt (hela landet = 100), indirekt ålders- och könsstandardisering (Källa: Stakes, Hilmo)

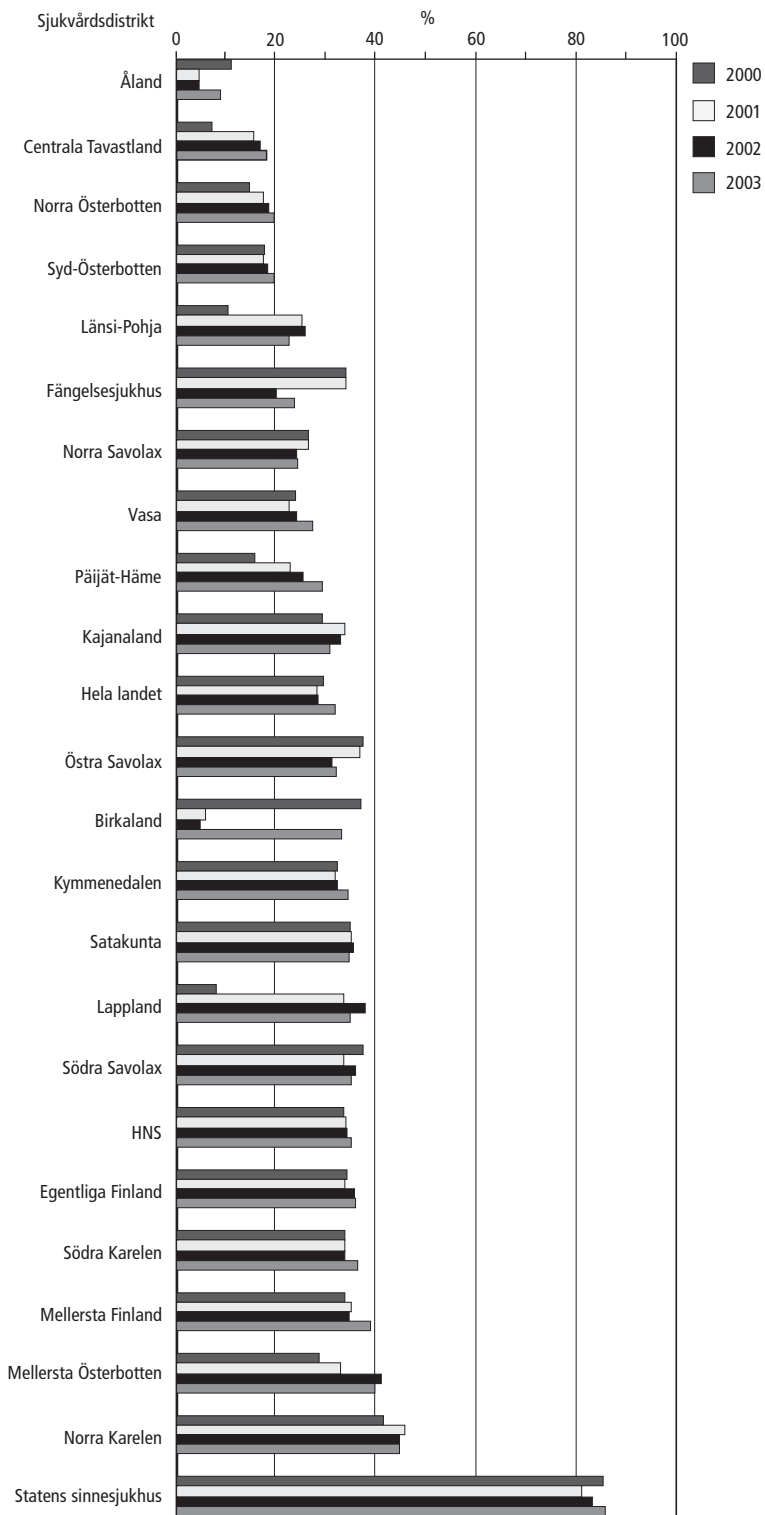


DIAGRAM 6. Patienter i vård oberoende av egen vilja i förhållande till patienter i psykiatrisk sjukhusvård (%) per sjukvårdsdistrikt 1999–2003 (Källa: Hilmo, Stakes)

Statistiken över den psykiatriska sjukhusvården visar tydligt att den institutionella vården minskat sedan 1970-talet. Minskningen följer den internationella trenden, men har i Finland varit ovanligt drastisk. Anledningen till minskningen är att institutionspatienter i långvård (till exempel äldre och utvecklingsstörda) har flyttats över till annan vård (diagram 7 och 8), att vårdperioderna blivit kortare och att man gått över från att bo på sjukhus till serviceboende med stöd från öppenvården.

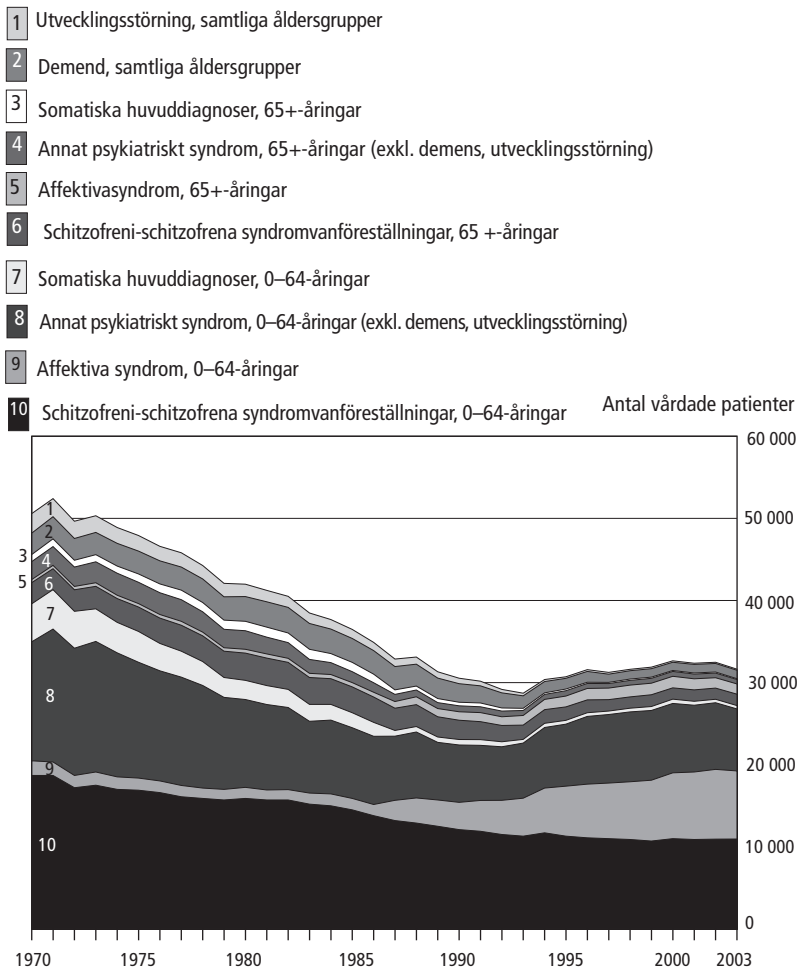


DIAGRAM 7. Patienter som erhållit psykiatrisk sjukhusvård för psykiska rubbningar enligt utskrivningsrapporter och vårdanmälningar 1970-2003 (Källa: Stakes)

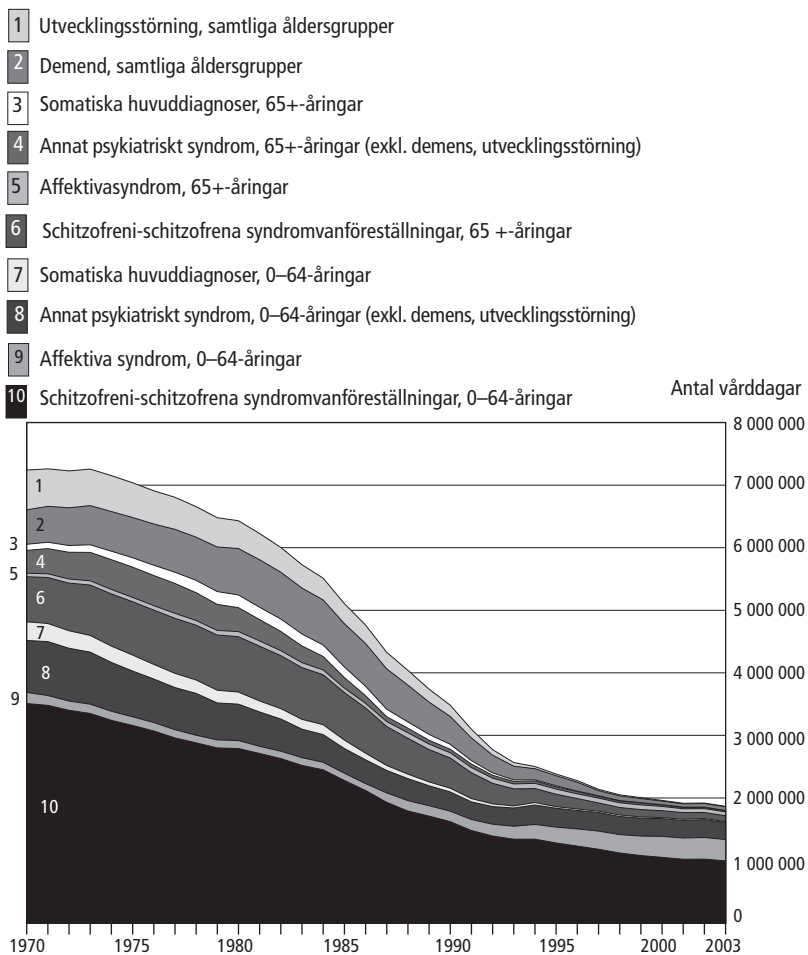


DIAGRAM 8. Vård dagar på sjukhus av patienter med psykiska rubbningar 1970–2003 (Källa: Stakes)

Under den tid som utskrivnings- och vårdanmälningsregistren har funnits har systemet för klassifikation av sjukdomar ändrats två gånger, 1987 (ICD-9) och 1996 (ICD-10). Ändringen kan ha inverkat på registreringen av en del fall eller uppgifter. Dessutom har det datainsamlingsformulär som sjukhusen använder ändrats flera gånger också på annat sätt, vilket försvårar sammanställandet av en del tidsserier. När man granskar sjukhusvårdperioderna måste man komma ihåg att registreringen av överflyttningar mellan avdelningar och sjukhus varierar och kanske inte alltid anges som nya vårdperioder.

3.1.3 Halvöppna tjänster

Mentalvårdsklienterna erbjuds numera även halvöppna tjänster, dvs. en mellanform mellan öppenvård och institutionsvård, som är avsedda att stöda öppenvård och rehabilitering. Exempel på tjänster av detta slag är boendeservice, arbetsverksamhet och dagsjukvård. Halvöppnatjänster tillhandahålls av sjukvårdsdistrikten, kommunerna och privata serviceproducenter. Inom den offentliga sektorn kan verksamheten vara organiserad antingen inom den specialiserade sjukvården, primärvården eller den sociala sektorn.

Privat boendeservice är idag en viktig länk i rehabiliterings- och servicekedjan för personer med svåra psykiska störningar. Enligt bedömning har den ökade boendeservicen delvis kompenserat den minskade sjukhusvården. Tack vare övervakad och stödd boendeservice har det blivit möjligt för patienter att bo utanför de egentliga psykiatriska institutionerna. För att övervaka kvaliteten på dessa tjänster har man försökt ta fram både regionala (Helsingfors) och riksomfattande kvalitetskriterier (social- och hälsovårdsministeriet, Stakes).

Allt sedan 1995 har man vid årets slut gjort en klientinventering inom den psykiatriska vårdens boendeservice. Informationen har samlats in i anslutning till socialvårdens vårdanmälan och med socialvårdens blankett, men även tjänster producerade av hälso- och sjukvården ingår. Inventeringen omfattar även boendeservice som företag och organisationer tillhandahåller. Informationen i socialvårdens vårdanmälningsregister har samlats in på samma sätt från alla serviceproducenter, och den förefaller mycket omfattande, i synnerhet från 1998 och framåt.

Antalet klienter inom den psykiatriska vårdens boendeservice växte med mer än hundra procent under perioden 1995–2003 (tabell 2). Under samma tid mer än fyrdubblades antalet klienter hos de privata serviceproducenterna, medan tjänsterna producerade av kommuner och sjukvårdsdistrikt har minskat något. I dag producerar företag och organisationer 86 procent av boendeservicen för psykiatriska klienter.

TABELL 2. Klienter inom den psykiatriska vårdens boendeservice vid årets slut 1994–2003

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Tjänster producerade av socialförvaltningen	569	523	577	631	188	231	354	356	449	384
Tjänster producerade av hälso- och sjukvården	404	468	522	530	202	214	169	152	163	261
Tjänster från privata serviceproducenter	863	889	1 075	1 172	1 701	2 512	2 567	3 131	3 567	4 090
Sammanlagt	1 836	1 880	2 174	2 333	2 091	2 957	3 090	3 639	4 179	4 735

Källor: För åren 1994–1997 Statistikcentralens statistik över kommunernas ekonomi och verksamhet samt Finlands kommunförbunds statistik över hälso- och sjukvården, från och med 1998 Stakes vårdanmälningsregister inom social- och hälsovården

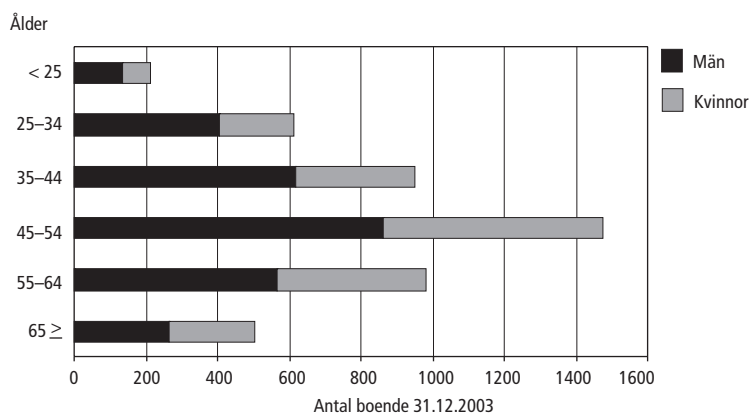
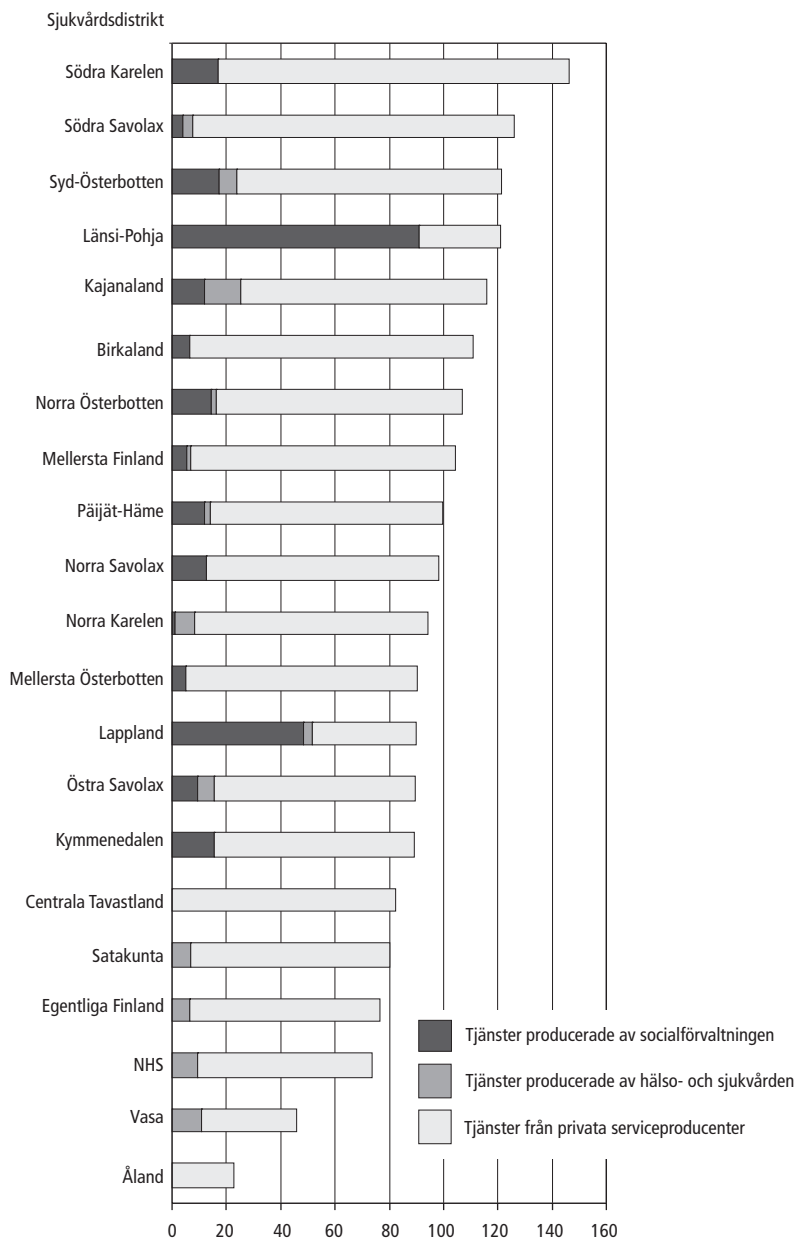


DIAGRAM 9. Ålders- och könsstrukturen inom den psykiatriska vårdens boendeservice 31.12.2003 (Källa: Stakes)



DIAGARM 10. Den psykiatriska vårdens boendeservice 2003 per sjukvårdsdistrikt (Källa: Vårdanmälningsregistret inom social- och hälsovården, Stakes)

3.1.4 Barn- och ungdomspsykiatriska tjänster

Vårt nuvarande servicesystem omfattar ett stort antal tjänster som stöder barns och ungas utveckling och psykiska välbefinnande. Administrativt hör mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar främst till social- och hälsovården och skolväsendet, men även ungdomsväsendet och arbetskraftsförvaltningen tillhandahåller vissa sådana tjänster. Tjänsterna produceras inte enbart av kommunerna, utan även av flera andra aktörer. De psykosociala tjänsterna för barn, ungdomar och barnfamiljer bildar ett mångfasetterat och ibland splittrat system. Till exempel barnskyddet och elevvården inom skolväsendet är viktiga delar i de nätverk av sakkunnigorganisationer som mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar består av.

De barn- och ungdomspsykiatriska tjänster som definieras som specialiserad sjukvård tillhandahålls främst av sjukvårdsdistrikten. En del kommuner har emellertid egna barn- eller ungdomspsykiatriska öppenvårdsenheter. Observera att dessa inte ingår i tabell 3.

Nyckeltalen för anlitaandet av tjänsterna inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppen- och institutionsvård visar på en ökning vid millennieskiftet. Mentalvårdstjänsterna för barn och ungdomar uppmärksammades då i hela landet, och staten beviljade kommunerna ett extra understöd (närmare 12 miljoner euro) för detta ändamål. Med hjälp av dessa anslag inrättades mer än 380 tjänster inom sjukvårdsdistrikten (SHM 2001), vilket bör beaktas när man gör tidseriestudier av hur tjänsterna har anlåtats.

Fler nyckeltal för mentalvårdstjänster för barn och ungdomar finns i statistiken över uppfostrings- och familjerådgivningen på http://www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedoteet/Tt15_03.pdf

TABELL 3. Specialiserad sjukvård: 0–19-åringars besök inom den öppna psykiatriska vården 1995–2003

	1995	1997	1998	2000	2002	2003
Barnpsykiatri	56 314	76 326	81 104	79 241	91 869	102 827
Ungdomspsykiatri	58 615	66 655	67 324	91 982	81 993	104 215
Sammanlagt	114 929	142 981	148 428	171 223	173 862	207 042

Källa: Hälsovårdsstatistik, SOTKA

TABELL 4. Psykiatrisk institutionsvård av 0–19-åringar 1999–2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Vårdperioder	9 917	10 890	10 316	10 739	10 337
Medelvårdtid	25,6	26,5	25,1	26,2	27,5
Värdagar	218 942	243 584	225 731	249 637	249 772
Patienter	4 529	5 016	4 989	4 944	4 774

Källa: Stakes

3.2 Yrkesgrupper inom den psykiska hälsovården

Flera olika yrkesgrupper är företrädade inom mentalvårdstjänsterna. De centrala yrkesgrupperna är allmänläkare, specialistläkare i psykiatri, psykiatriska sjukskötare, psykologer, socialarbetare, hälsovårdare och företagshälsovårdare samt till exempel ergoterapeuter och andra specialarbetare. Dessutom spelar många yrkesgrupper inom kundservice och undervisning, till exempel lärare eller Arbetskraftsmyndigheternas personal, en viktig roll när det gäller att upptäcka psykiska problem eller remittera personer till vård. I Finland har privata yrkesutövare traditionellt stått för utbudet av psykoterapi. På motiverad ansökan har patienterna fått ersättning för behandlingen från Folkpensionsanstalten eller i vissa fall från privata försäkringsbolag.

Antalet yrkesverksamma personer inom den psykiska vården i förhållande till befolkningen i Finland håller god västerländsk nivå (WHO 2001), men deras fördelning på arbetsmarknaden har klart varit förenad med problem, vilket i sin tur har yttrat sig som en allmän oro över otillräcklig professionell hjälp. Det är möjligt att omstruktureringen av systemet för mentalvårdstjänster har underblåst osäkerheten på arbetsmarknaden. Oron för att resurserna inom den öppna vården inte skall räcka till förefaller att åtminstone i vissa områden ha minskat psykiatriskt utbildade personers vilja att alls ta anställning inom öppenvården.

Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) beviljar personer som är yrkesutbildade inom hälsovård rätt att utöva yrket och för även ett register över den yrkesutbildade hälsovårdspersonalen. Informationen publiceras av Stakes. Registret innehåller alltså information om antalet personer som har rätt att utöva hälsovårdsyrken, men ingen information om var dessa personer arbetar, eller om de överhuvudtaget arbetar. Statistisk information om psykiatrers arbete och arbetsplats fås även genom den läkarenkät som Finlands Läkareförbund regelbundet genomför. Resultaten finns på förbundets webbplats <http://www.laakariliitto.fi/>

TABELL 5. Personer i arbetsför ålder med psykiatrisk yrkesutbildning i Finland 1990, 1995, 2000 och 2003

	1990		1995		2000		2003	
	antal	yrk.utb.p /10 000 inv.	antal	yrk.utb.p /10 000 inv.	antal	yrk.utb.p /10 000 inv.	antal	yrk.utb.p /10 000 inv.
leg.läkare	12 091	24,2	14 282	27,9	15 905	30,7	16 443	31,5
- psykiatri	535	1,1	728	1,4	882	1,7	976	1,9
- ungdomspsykiatri	32	0,1	59	0,1	93	0,2	120	0,2
- psykiatri: geriatri	14	0,0	16	0,0	14	0,0	18	0,0
- rättspsykiatri	17	0,0	18	0,0	26	0,1	35	0,1
- barnpsykiatri	131	0,3	161	0,3	188	0,4	205	0,4
leg. psykolog*	..	..	3 249	6,3	4 111	7,9	4 635	8,9
sjukvårdare psykiatrisk vård**	..	..	7 352	14,4	9 031	17,4	8 622	16,5
psykoterapeut*	..	..	1 485	2,9	2 441	4,7	3 112	6,0

* Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) förutsatte legitimering av psykologer och registrering av psykoterapeuter.

**från om med 1999 syns den gradvisa förändringen av sjukvårdarutbildning till YH-examen, där specialiseringsområdet inte längre kan urskiljas

Källa: Rättskyddscentralen för hälsovården, Stakes

TABELL 6. Utexaminerade nya personer med psykiatrisk yrkesutbildning och dito specialistläkare 1990–2003

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Läkare	463	470	524	591	707	712	621	642	631	508	414	495	467	448
- psykiatri	50	44	66	69	45	43	48	34	45	48	58	46	64	36
- ungdomspsykiatri	2	6	5	5	7	7	8	6	3	6	12	8	12	8
- psykiatri: geriatri	2	-	3	-	-	1	-	2	1	-	-	2	-	2
- rättspsykiatri	1	-	-	1	4	-	1	2	3	1	2	5	4	3
- barnpsykiatri	11	11	2	8	8	12	8	7	6	10	8	12	12	8
Psykologer	..	..	..	..	..	..	202	177	194	193	196	181	237	208
Talterapeut*	..	..	..	..	..	..	47	28	37	44	46	35	43	97
Psykoterapeut*	..	..	..	..	..	..	458	174	201	180	146	279	223	296

* Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) förutsatte legitimering av psykologer och registrering av psykoterapeuter.

Källa: Rättskyddscentralen för hälsovården, Stakes

TABELL 7. Psykiatrer i arbetsför ålder enligt tjänst från 1989 till och med 2002 enligt Finlands läkarförbunds läkarförfrågan (Korkeila m.fl. 2003)

	Sjukhus	Hälso- central	Underv./ forsk.	Öppenvårds- byrå m.fl.	Företags- hälsovård	Privat- praktik	Annan tjänst	Samman- lagt
1989	193	2	27	113	1	79	29	444
1990	213	3	30	121	14	84	30	482
1991	216	5	37	133	1	98	25	515
1992	220	5	38	147	3	101	24	538
1993	245	8	40	164	2	108	29	596
1994	278	9	37	177	2	113	28	644
1995	274	9	40	201	2	119	21	666
1996	315	12	43	209	2	119	20	720
1997	356	17	43	227	3	118	27	791
1998	330	20	40	214	3	128	26	761
1999	349	23	38	215	0	133	33	791
2000	387	34	42	197	3	138	35	836
2001	422	33	48	171	4	146	44	868
2002	390	28	50	191	4	153	48	864

TABELL 8. Antal (n = 997 / 1075) svarande på psykiaterförfrågan enligt sjukvårdsdistrikt (Korkeila m.fl. 2003)

Sjukhusdistrikt	Män		Kvinnor		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Åland	2	0,5	1	0,2	3	0,3
Södra Karelen	4	0,9	13	2,3	17	1,7
Syd-Österbotten	13	3,1	11	1,9	24	2,4
Södra Savolax	5	1,2	5	0,9	10	1,0
Helsingfors och Nyland	166	39,2	221	38,6	387	38,8
Öster Savolax	5	1,2	5	0,9	10	1,0
Kajanaland	5	1,2	3	0,5	8	0,8
Centrala Tavastland	10	2,4	18	3,1	28	2,8
Mellersta Österbotten	2	0,5	3	0,5	5	0,5
Mellersta Finland	13	3,1	22	3,8	35	3,5
Kymmenedalen	7	1,7	15	2,6	22	2,2
Lappland	5	1,2	2	0,3	7	0,7
Länsi-Pohja	1	0,2	3	0,5	4	0,4
Birkaland	38	9,0	57	9,9	95	9,5
Norra Österbotten	11	2,6	9	1,6	20	2,0
Norra Karelen	37	8,7	46	8,0	83	8,3
Norra Savolax	27	6,4	45	7,9	72	7,2
Päijät-Häme	10	2,4	17	3,0	27	2,7
Satakunta	13	3,1	13	2,3	26	2,6
Vasa	7	1,7	10	1,7	17	1,7
Egentliga Finland	43	10,1	54	9,4	97	9,7
Hela landet	424	100	573	100	997	100

3.3 Psykiatrisk vård

3.3.1 Läkemedelsbehandling

En av behandlingsformerna vid psykiatriska sjukdomar är behandling med läkemedel. Praxis ändrar i takt med forskning och utveckling. Under de senaste årtiondena har nya läkemedel kontinuerligt introducerats för behandling av ett flertal psykiatriska sjukdomar, och läkemedlen har åtminstone när det gäller depressionstillstånd och ångestsyndrom fått en allt större betydelse. Ett av läkemedelsforskningens och -utvecklingens mål är att ta fram läkemedel med kända och effektiva verkningsmekanismer men allt färre biverkningar. Med tiden har dock de höga kostnaderna för utvecklingsarbetet blivit ett problem, och priset på nya läkemedel tenderar att stiga till en nivå som är orimligt hög ur både användarnas och samhällets synvinkel.

Information om användningen av psykofarmaka kan fås på olika håll: från Folkpensionsanstaltens beslut om specialersättningar, apotekens samlade receptinformation och information som samlas in från partiförsäljningen av läkemedel. För närvarande ersätter Folkpensionsanstalten psykiatriska läkemedelsbehandlingar med en grundersättning och en högre specialersättning. Grundersättning betalas för alla läkemedel som läkemedelsprismyndigheten har fastställt ett skäligt pris för. Rätt till specialersättning beviljas utgående från diagnos och sjukdomsbild enligt separat fastställda kriterier. Läkemedelsverkets uppgifter om läkemedelsförbrukningen bygger på läkemedelsgrossisternas försäljning till apotek och sjukhus. Folkpensionsanstaltens receptregister och sjukförsäkringsstatistik bygger på information från apoteken. Läkemedelsverkets uppgifter gäller alltså försäljning av läkemedel.

Konstateras kan att läkemedelsbehandlingen har utvecklats mot en flerfaldig ökad konsumtion av antidepressiva medel mätt i definierade dygnsdoser (DDD = Defined daily dose) under de drygt tio senaste åren. De viktigaste orsakerna till denna utveckling är att nya antidepressiva medel med allt enklare och mångsidigare användning har kommit ut på marknaden (i synnerhet s.k. selektiva serotoninåterupptagshämmare, se diagram 12), att deras användningsområden har utvidgats till att omfatta även andra störningar än depressioner och att behandlingstiderna har blivit klart längre. Vad gäller användningen av psykofarmaka bland äldre har man också frågat sig om denna ökning verkligen fyller ett existerande behov eller om den är en följd av brist på andra vårdtjänster.

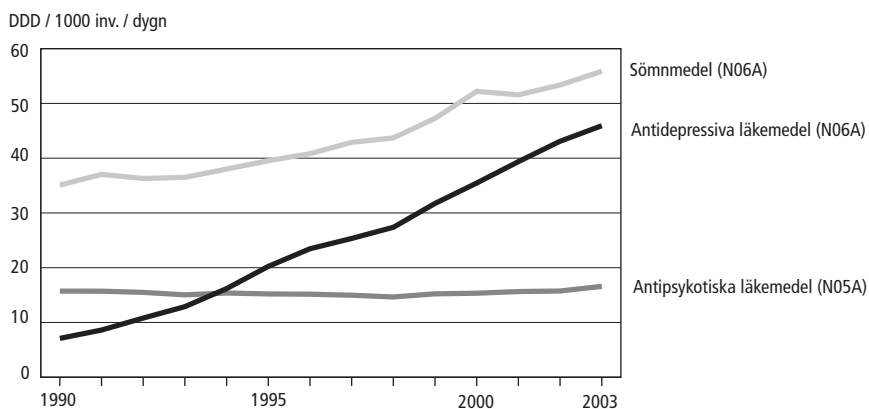


DIAGRAM 11. Konsumtionen av psykofarmaka enligt grupp grundad på apoteksförsäljningen 1990–2003 (Källa: Läkemedelsverket 2002, Läkemedelsverket 2004)

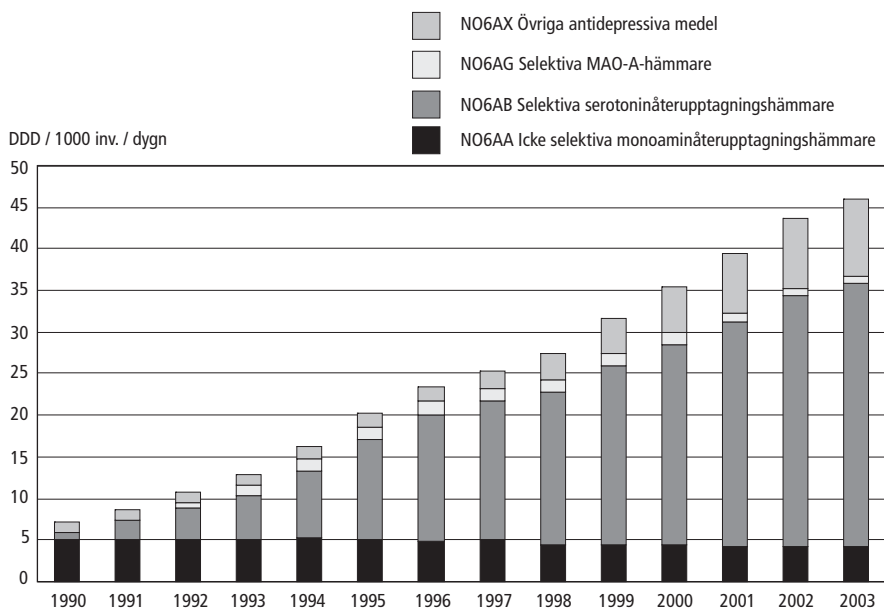


DIAGRAM 12. Konsumtionen av antidepressiva medel grundad på apoteksförsäljningen 1990–2003 (Källa: Läkemedelsverket)

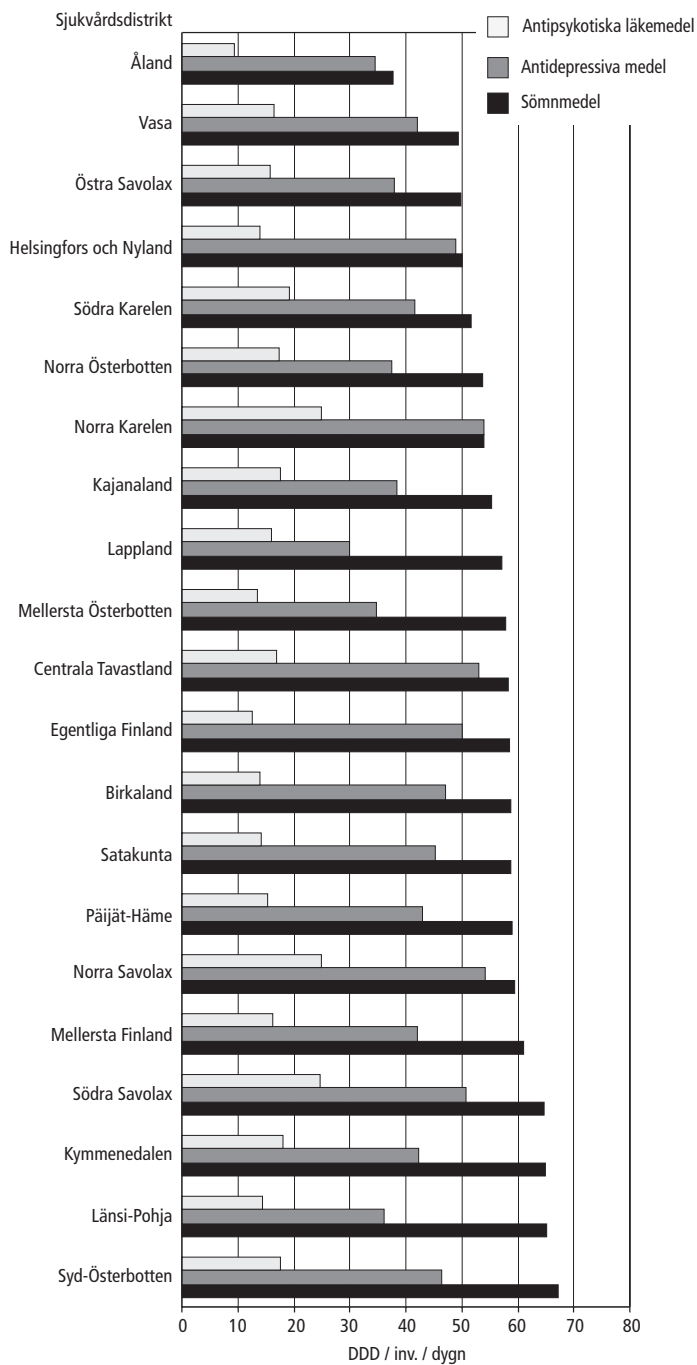


DIAGRAM 13. Läkemedelskonsumtionen enligt läkemedelsgrupp per sjukvårdsdistrikt 2003 (Källa: Läkemedelsverket)

3.3.2 Psykoterapi

Psykoterapi är en professionell, systematisk och teoribaserad behandling som bygger på en samarbetsrelation mellan terapeuten och patienten. Terapin ges i första hand av specialutbildade terapeuter (beträffande deras antal, se ovan). Typiskt för psykoterapi som behandlingsform är att den kräver en särskild beredskap av både terapeuten och patienten och att den inte lämpar sig för alla patienter eller alla störningar. Enligt forskning och klinisk praxis är psykoterapins viktigaste användningsområden olika depressioner, ångestsyndrom, en del personlighetsstörningar samt eventuellt vissa utvecklingsrelaterade och andra kriser. Idag finns ett stort antal psykoterapiformer som i många avseenden avviker från varandra bland annat vad gäller besöksfrekvens, total längd och tillämpad teknik. Ett aktuellt problem är att tillgången på de olika psykoterapiformerna och på terapeuter med olika slags utbildning är dålig. Därför har man utrett möjligheten att systematiskt öka utbildningen av terapeuter. Det har också förekommit ett förändringstryck i fråga om finansieringssystemet för psykoterapi och metoderna för hur patienter remitteras till terapi. Inom den offentliga sektorn erbjuds psykoterapi i praktiken i ringa omfattning och då främst till särskilda grupper såsom ungdomar och studerande.

Folkpensionsanstalten (FPA) har stött psykoterapi som prövningsbaserad rehabilitering i de fall terapin har ansetts bevara en persons arbetsförmåga eller bidra till att en yrkesexamen avläggs. Eftersom FPA har varit den största finansiären av privat psykoterapi är dess beslut om psykoterapi i rehabiliteringssyfte den bästa källan till information om totalt genomförd terapi. Hittills har FPA främst beviljat rehabiliteringspenning för traditionell, långvarig psykoterapi 1–2 gånger per vecka. Det är möjligt att informationen om rehabiliteringsbeslut inte nu, och i synnerhet inte i framöver, ger en helt sanningsenlig bild av terapifältet. Eventuellt kommer andelen kortvariga terapier och terapier med färre perioder att öka, eftersom deras effekt framhållits i många behandlingsrekommendationer och tillgången på dem hela tiden blir bättre.

TABELL 9. Prövningsbaserad psykoterapi ordnad av FPA – antal mottagare och kostnader 1992–2003 (Källa: FPA)

	Mottagit psykoterapi		Kostnaderna (milj. euro)		
	Totalt	Barn och ungdomar	Rehabilitering	Psykoterapi	%-andel
1992	4 264	–	49,7	8,4	16,8
1993	4 860	–	52,2	8,8	16,8
1994	5 490	–	56,6	9,5	16,8
1995	5 407	–	60,0	10,1	16,8
1996	5 437	–	58,2	7,3	12,6
1997	5 046	–	60,1	7,2	12,0
1998	5 607	–	67,8	8,1	12,0
1999	6 206	–	78,1	9,0	11,5
2000	7 030	265	80,6	10,7	13,2
2001	8 265	1 390	81,6	12,3	15,1
2002	10 625	3 658	90,6	17,2	19,0
2003	10 309	4 669	94,1	20,5	21,8

Obs! Under åren 1996–1999 ordnades terapi för 16–64-åringar och från och med 2000 för 5–64-åringar.

TABELL 10. Prövningsbaserad psykoterapi ordnad av FPA – antal mottagare och deras andel av befolkningen i åldern 0–64 år enligt sjukvårdsdistrikt under 1992, 1996 och 2003 (Källa: FPA)

	1992		1996		2003	
	Mottagare av psykoterapi	Promille av 0–64-åringar	Mottagare av psykoterapi	Promille av 0–64-åringar	Mottagare av psykoterapi	Promille av 0–64-åringar
Helsingfors och Nyland	1 951	1,7	2 600	2,2	4 121	3,3
Egentliga Finland	536	1,5	686	1,8	1 097	2,9
Satakunta	77	0,4	96	0,5	226	1,2
Centrala Tavastland	93	0,7	148	1,1	209	1,5
Birkaland	333	0,9	351	0,9	985	2,6
Päijät-Häme	107	0,6	116	0,7	301	1,7
Kymmenedalen	38	0,2	58	0,4	156	1,1
Södra Karelen	55	0,5	66	0,6	256	2,4
Södra Savolax	43	0,5	28	0,3	160	1,9
Öster Savolax	17	0,3	25	0,4	65	1,3
Norra Karelen	132	0,9	112	0,7	170	1,2
Norra Savolax	290	1,3	392	1,8	585	2,8
Mellersta Finland	136	0,6	189	0,8	372	1,7
Syd-Österbotten	31	0,2	49	0,3	252	1,6
Vasa	63	0,5	79	0,6	193	1,4
Mellersta Österbotten	26	0,4	30	0,4	77	1,2
Norra Österbotten	264	0,8	300	0,9	730	2,2
Kajanaland	12	0,1	30	0,4	119	1,8
Länsi-Pohja	20	0,3	28	0,5	55	1,0
Lappland	36	0,3	23	0,2	137	1,4
TOTALT	4 264	1,0	5 437	1,2	10 309	2,3

3.4 Invaliditet och pensioner

Psykiatriska störningar är idag den vanligaste diagnosgruppen enligt vilken invalidpension beviljats. Under 1990-talet förekom en kraftig tendens i denna riktning, vilket tidvis har väckt en livlig offentlig debatt om orsakerna. Eftersom förekomsten av psykiska störningar inte har ökat under denna tid kan man dra slutsatsen att deras betydelse för arbetsförmågan har ändrats i något avseende. Detta kan ha samband med förändringar dels i den roll vård- och servicesystemet fått, dels i arbetslivets karaktär. Det återstår således att utreda om det behövs en bättre tidig identifiering av psykiska störningar och om kraven i dagens arbetsliv är sådana att den som lider av psykiska problem eller störningar har svårt att klara sig.

Invalidpensionerna och de rehabiliteringsperioder som ofta föregår dem beviljas av FPA och privata arbetspensionsanstalter. De uppgifter dessa samlar in sammanställs av Pensionsskyddscentralen. Numera fattar FPA och arbetspensionsanstalterna först egna separata beslut utifrån pensionsansökningarna och strävar sedan efter att förhandla fram ett enhetligt beslut. Om pensionstagaren inte har pensionsgrundande anställningsår betalas pension endast av FPA. Sedan 1996 betalas inte FPA:s andel i de fall då beloppet på den pension arbetspensionsanstalten betalar överskrider en viss gräns.

TABELL 11. De största arbetspensionstagargrupperna enligt sjukdom och pensionssystem 31.12.2003
Källa: FPA:s statistiska årsbok 2003

Sjukdomsgrupp	Arbetspension		Endast folkpension		Sammanlagt	
	ant.	%	ant.	%	ant.	%
F00-F99: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	75 302	35,9	31 833	72,4	107 135	42,2
M00-M99: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	61 661	29,4	1 096	2,5	62 757	24,7
I00-I99: Cirkulationsorganens sjukdomar	20 449	9,7	365	0,8	20 814	8,2

TABELL 12. Totalt antal personer som avgått med invalidpension enligt sjukdom
Källa: FPA:s statistiska årsbok 2003

Sjukdomsgrupp	Arbetspension		Endast folkpension		Sammanlagt	
	ant.	%	ant.	%	ant.	%
F00-F99: Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	7 686	30,5	5 967	42,3	8 905	33,3
M00-M99: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	7 835	31,1	3 454	24,5	7 933	29,7
I00-I99: Cirkulationsorganens sjukdomar	2 331	9,3	959	6,8	2 328	8,7

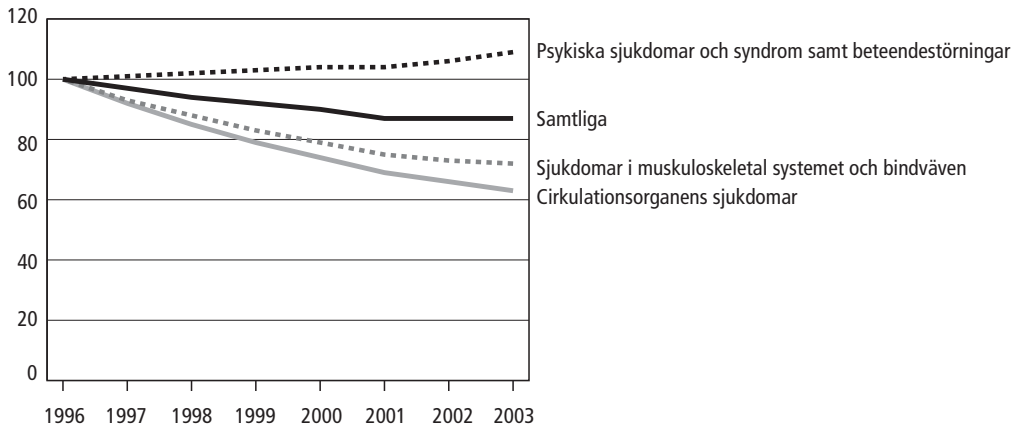


DIAGRAM 14. Samtliga pensionssystem: förändring i antalet invalidpensioner enligt sjukdomshuvudgrupp 1996–2003 (Källa: FPA)

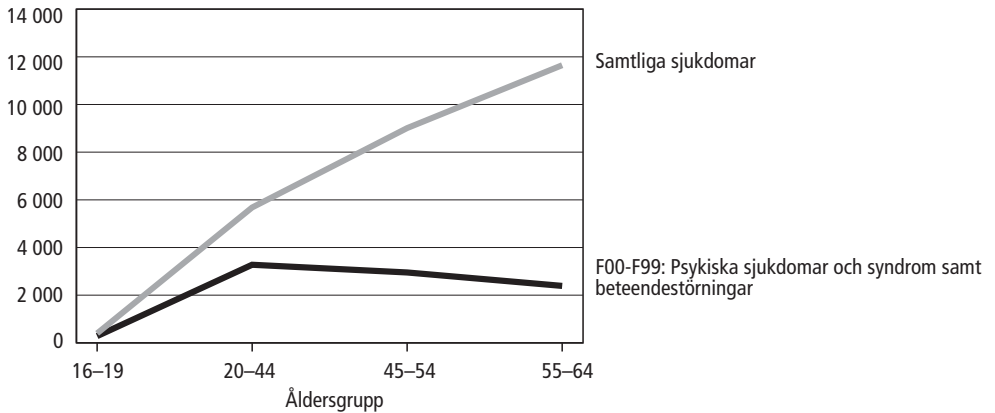


DIAGRAM 15. Nya invalidpensioner enligt åldersgrupp 2003 (Källa: FPA)

3.5 Finansiering och kostnader

Sedan början av 1990-talet har finansieringssystemet för social- och hälsovården genomgått avsevärda förändringar. Öppna frågor där omstruktureringar pågår är bland annat kommunernas ansvar för att tillhandahålla tjänster, utnyttjandet och styrningen av köpta tjänster samt fördelningen av kostnadsansvaret dels mellan stat och kommun, dels mellan social- och hälsovårdens olika sektorer. Andra teman som diskuterats har varit ändringar i statens finansieringsformer och de psykiatriska tjänsterna i förhållande till andra medicinska specialområden.

Mentalvårdstjänsterna finansieras bland annat av kommunerna, Folkpensionsanstalten, arbetspensionsanstalterna och klienten själv. Staten finansierar numera verksamheten via statsandelar och öronmärkta projektbidrag samt genom att driva statliga mentalsjukhus. Penningautomatföreningen finansierar mentalvårdstjänster genom prövningsbaserade bidrag till allmännyttiga organisationers och stiftelsers investeringar och utvecklingsprojekt.

Det är svårt att ta fram tidsserier över finansieringen av och kostnaderna för mentalvårdstjänster. Det finns inga kostnadsuppgifter på nationell nivå eftersom mentalvårdstjänsterna ordnas på så olika sätt i olika kommuner. Dessutom är kostnadsuppgifterna bristfälliga. Det brokiga servicesystemet försvårar insamlingen och jämförelsen av kostnaderna även på lokal nivå. Det vore viktigt att veta vad tjänsterna kostar, eftersom den psykiska hälsovården upptar en ansevärd del av social- och hälsovårdens tjänster och resurser. Viktigt vore också att kunna jämföra kostnaderna för olika sätt att ordna mentalvårdstjänsterna när man beslutar om hur de läggs upp. Ett ändamålsenligt utnyttjande av tillgängliga resurser ger ett effektivare system som bättre kan fördela tjänsterna enligt behov och nytta.

En grupp stora (11 st.) och medelstora städer (18 st.) har under de senaste åren tillsammans utrett sina hälso- och sjukvårdskostnader. Grunden till modellen har tagits fram av hälsovårdsverket i Helsingfors. Det material städerna samlar in behandlas och rapporteras årligen av Kommunförbundet (Lahtinen & Palomäki 2003). Syftet med samarbetet är att få till stånd enhetlig och tillförlitlig information som gör det möjligt att jämföra kostnaderna städerna emellan och att följa upp kostnadsutvecklingen i var och en av dem. I materialet behandlas hälso- och sjukvården som breddad hälso- och sjukvård och omfattar den specialiserade sjukvården för psykiatriska och somatiska sjukdomar, öppenvård och institutionsvård inom primärvården samt socialväsandets hemtjänst för personer över 65 år och dygnet runt-vård av äldre.

Analysen av de stora städerna visade att psykiatrisk institutionsvård och öppenvård 2002 utgjorde 11 procent av kostnaderna för den breddade hälso- och sjukvården, medan motsvarande siffra för de medelstora städerna var 10 procent. Kostnaderna för psykiatriska tjänster har stigit årligen i bägge stadsgrupperna, liksom också kostnaderna för hälso- och sjukvård i övrigt. Diagram 17 visar kostnadsutvecklingen för psykiatrisk institutionsvård och öppenvård samt övrig hälso- och sjukvård i de stora städerna. Kostnaderna anges i euro per invånare enligt prisnivån 2002. De reella kostnaderna för psykiatrisk öppenvård var 17 euro (28 %) högre per invånare 2002 än 1998; för psykiatrisk institutionsvård var motsvarande siffra 7 euro (8 %). Under samma tid ökade kostnaderna för somatisk öppenvård med 23 euro (13 %) per invånare, för institutionsvård med 17 euro (5 %) och för övrig breddad hälso- och sjukvård med 90 euro (13 %).

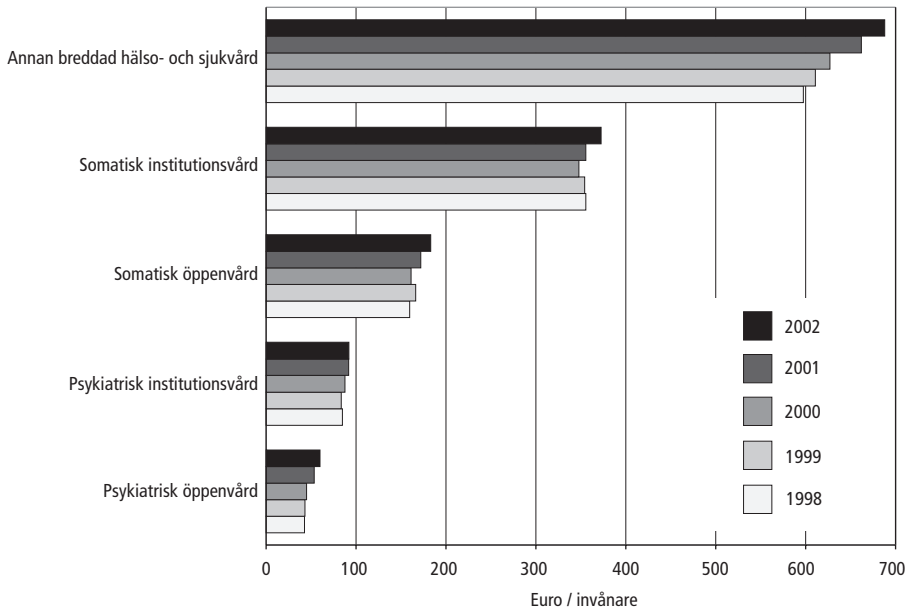


DIAGRAM 16. Kostnadsutvecklingen för psykiatrisk institutionsvård och öppenvård 1998–2002 enligt prisnivån 2002 (Källa: Lahtinen, Palomäki 2003)

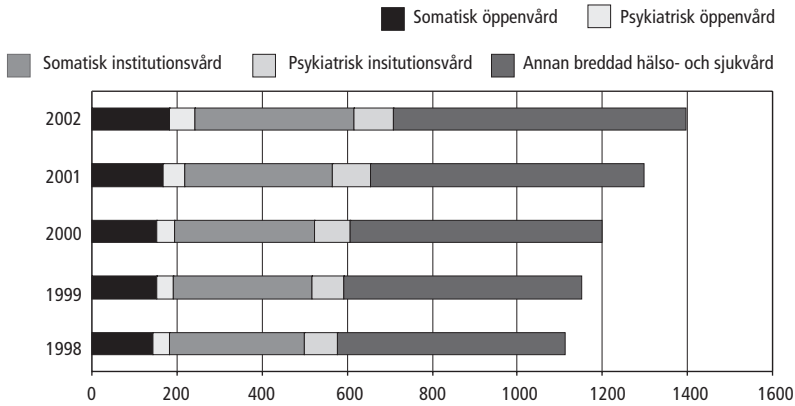


Diagram 17. Åldersstandardiserade kostnader för psykiatrisk institutionsvård och öppenvård i de stora städerna 1998–2002 (Källa: Lahtinen, Palomäki 2003)

- Immonen, T., Ahonen, J. (toim.). Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 2002:14. Helsinki, 2002.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2002. Kansaneläkelaitos, Julkaisuja T1:38. Helsinki, 2003.
- Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2003. Kansaneläkelaitos, Julkaisuja T1:39. Helsinki, 2004.
- Korkeila J., Ostamo A., Joukamaa M., Salokangas R.K. Missä psykiatrit ovat? *Psychiatria Fennica* 2003; 34, suppl. 1.
- Lahtinen Y., Palomäki T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2002: Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 2003.
- Lasten- ja nuorisopsykiatrian valtionavustusten käyttö vuonna 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Selvityksiä 2001:11. Helsinki.
- Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:418–425.
- Lönnqvist J., Aro H., Marttunen M. (toim.). Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Stakes, Tutkimuksia 25. Jyväskylä, 1993.
- Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.). *Psykiatria*, 2. uud. p. Duodecim. Hämeenlinna, 2001.
- Lääkekulutus vuosina 2000–2003. Lääkelaitos: <http://raportit.nam.fi/raportit/kulutus/laakekulutus.pdf>.
- Niemi M., Pelanteri S., Pirkola S. Psykiatrian erikoisalalan laitoshoido 2002. http://www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedotteet/Tt31_03.pdf
- Pirkola S., Isometsä E., Suvisaari J., Aro H., Joukamaa M., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist J. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, 40:1–10.
- Pirkola S., Lönnqvist J. ja mielenterveysryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: Aromaa A., Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000- tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitos, julkaisuja B3/2002. Helsinki.
- Pylkkänen K. Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Partonen T. (toim.). *Psykiatria*. Hämeenlinna, Duodecim, 705–745, 2001.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2003. Alkoholi ja huumeet. Stakes, Sosiaaliturva 2003:3.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2002. Stakes, Sosiaaliturva 2002:4.
- Suomen lääketilasto 2002. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Helsinki, 2003.
- Taipale, I. Mielen sairaut ja palveluasunnot. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Monisteita 1998: 32. Helsinki.
- Taipale, V. Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Työryhmämuistio 1996:20. Helsinki.
- Terveydenhuollon ammattihenkilöt 31.12.2002. <http://www.stakes.info//2/13/2,13,1.asp>
- Kuolleisuustilastot 2003. Tilastokeskus. <http://statfin.stat.fi/StatWeb>
- Upanne M., Hakanen J., Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Stakes. Raportteja 227/1999. Helsinki.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 413–426.
- World Health Organization. Atlas. Mental health resources in the world 2001. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva, 2001.