

**NATIONELL STRATEGI FÖR PSYKISK HÄLSA
OCH NATIONELLT PROGRAM
FÖR SUICIDPREVENTION
2020–2030**

Innehåll

1 INLEDNING – BEREDNINGSPROCESSEN.....	3
2 VARFÖR BEHÖVER FINLAND EN STRATEGI FÖR PSYKISK HÄLSA?	3
2.1 Vad avses med psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykiatriska tillstånd? Begrepp i strategin för psykisk hälsa	4
2.2 Den psykiska hälsan i siffror	6
3 RIKTLINJER FÖR PSYKISK HÄLSA.....	9
3.1 Psykisk hälsa som kapital.....	9
3.2 Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen	12
3.3 Rätt till psykisk hälsa.....	16
3.4 Omfattande tjänster enligt människors behov	19
3.5. Gott ledarskap i psykisk hälsa.....	24
4 Uppföljning, åtgärder, indikatorer, kostnader	27
4.1 Åtgärdsförslag som prioriteras 2020–2023	27
4.2 Uppföljning och förslag till indikatorer.....	27
4.3 Kostnader.....	27
Referenser	27
5 PROGRAM FÖR SUICIDPREVENTION	30
Motivering för behovet av ett program	32
Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås	32
Förändra attityderna	32
Påverka suicidmetoderna	32
Erbjuda tidigt stöd	33
Stödja riskgrupperna	33
Utveckla vården.....	34
Öka mediernas kompetens.....	35
Stärka forskningen.....	35
Uppföljning, indikatorer, kostnader	36
Uppföljning av programmet för suicidprevention och förslag till indikatorer (skrivs senare).....	36
Kostnader (skrivs senare)	36
Referenser, programmet för suicidprevention:	36

1 INLEDNING – BEREDNINGSPROCESSEN

(skrivs senare)

2 VARFÖR BEHÖVER FINLAND EN STRATEGI FÖR PSYKISK HÄLSA?

Den psykiska hälsan har fått allt större betydelse i samhället. God psykisk hälsa har blivit en allt viktigare resurs. En god psykisk hälsa bidrar till ett balanserat liv och ger individen förutsättningar att fungera som en del av olika gemenskaper. Möjligheterna och även nödvändigheten att göra olika val i livet har ökat, och därför har egenskaper som psykisk flexibilitet, anpassningsförmåga, inlärningsförmåga och förmåga att fatta självständiga beslut blivit allt viktigare. Den accelererande tekniska utvecklingen, människornas ökande mobilitet, mångfalden av värden och livsstilar, utbildningens ökande betydelse och en växande arbetsrelaterad stress och kognitiv belastning har också bidragit.

Folkhälsan i sin helhet har förändrats under de senaste decennierna. Befolkningens fysiska hälsa och förväntade livslängd har utvecklats gynnsamt, men inom området psykisk hälsa har ingen motsvarande positiv utveckling ägt rum. Psykisk ohälsa och missbruksproblem utgör stora utmaningar för folkhälsan. Upp till hälften av befolkningen kan diagnostiseras med något psykiatriskt tillstånd i något skede av sitt liv, och hälften av sjuk- och invalidpensioneringarna beror på något psykiatriskt tillstånd. De psykiatriska tillstånden har inte ökat bland befolkningen, men medvetenheten om tillstånden och om behandlingen av dem har ökat, liksom även deras andel av konsekvenserna av förlorad funktionsförmåga. Samtidigt har vården och de övriga tjänsterna inte utvecklats i samma takt som vården av fysiska sjukdomar. Det krävs gemensamt engagemang och resurser för att förbättra tillgången till vård vid psykisk ohälsa så att nivån motsvarar tillgången till övrig hälso- och sjukvård.

Individens psykiska hälsa byggs upp i växelverkan med närstående personer och gemenskaper och med samhället. Antingen kan man betrakta den psykiska hälsan som en resurs som förbättrar funktionsförmågan och livskvaliteten, eller också kan man fokusera på psykiska symptom eller sjukdomar.

Den psykiska hälsan bestäms av många faktorer som inte hör till social- och hälsovården och som kan påverkas genom åtgärder inom andra förvaltningsområden. Socioekonomiska faktorer, till exempel utbildning, yrkesställning och inkomster, påverkar den psykiska hälsan. Bland den femtedel av befolkningen som har de lägsta inkomsterna är den relativa psykiska belastningen nästan dubbelt så stor som bland den femtedel som har de högsta inkomsterna. Långvariga ekonomiska

problem i familjen är förknippade med depressionssymptom bland unga och med psykiatriska tillstånd och lägre utbildning även i vuxen ålder. Den här ojämlikheten som återspeglas i den psykiska hälsan är en del av en mer omfattande hälsorelaterad ojämlikhet, som är orättvis och till stora delar möjlig att undvika. Samtidigt är psykisk sjukdom förknippad med en hög risk för diskriminering och ojämlikt bemötande. De grundläggande fri- och rättigheterna garanterar allas rätt till oundgänglig trygghet och tillräckliga tjänster. I praktiken tillgodoses de här rättigheterna inte på ett jämlikt sätt. Därför är det mycket viktigt att motverka diskriminering och stigmatisering vid psykiatriska tillstånd och missbruk.

Psykisk hälsa är en central del av välbefinnandet och påverkar samhällets stabilitet och kostnader i olika samhällssektorer. De ekonomiska effekterna utgörs av kostnader för den offentliga sektorn och av minskad produktivitet.

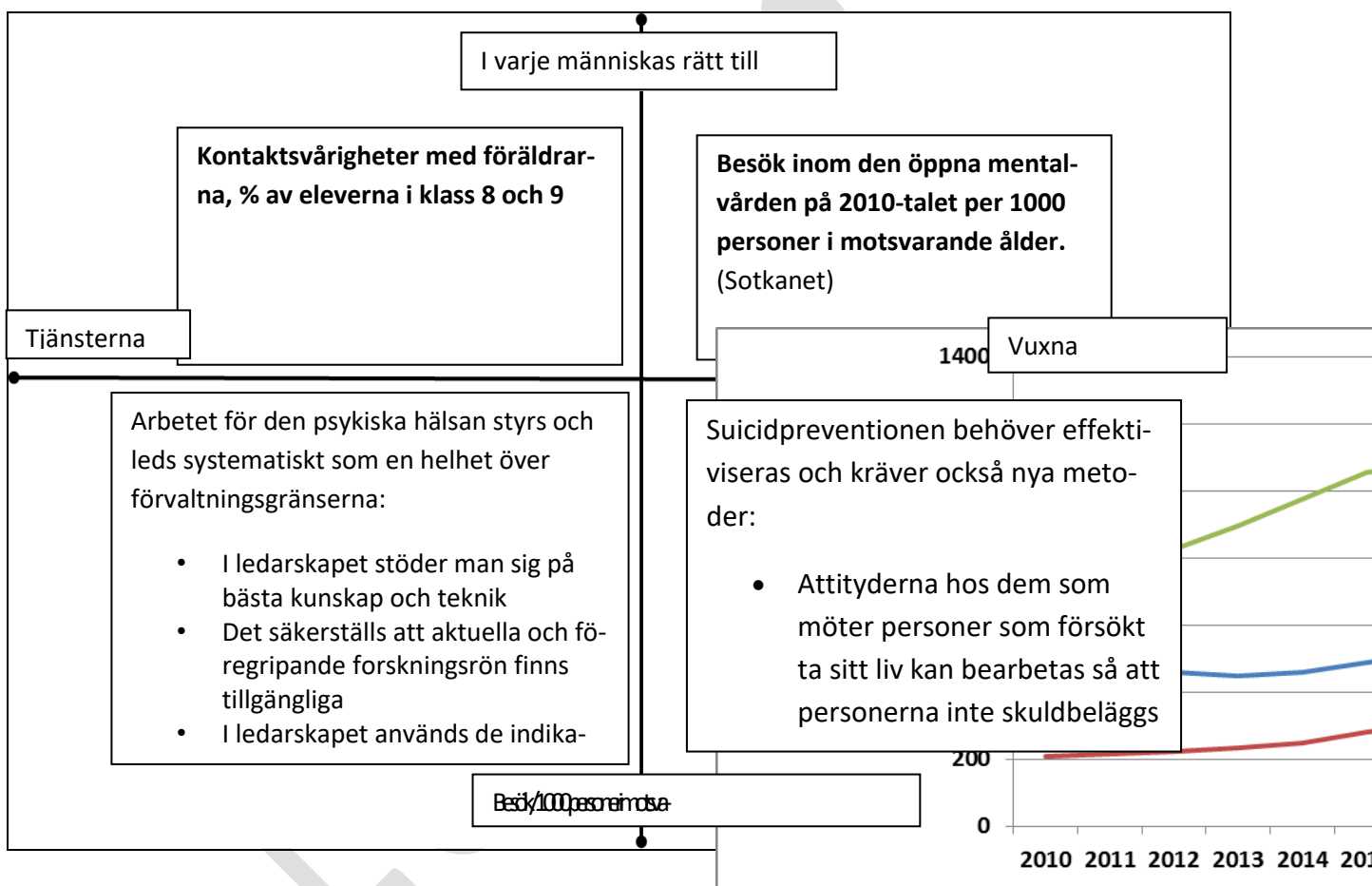
Vi behöver en strategi för psykisk hälsa som styrinstrument för en långsiktig, framgångsrik och aktuell politik för psykisk hälsa och för att genomföra politiken. För att strategin för psykisk hälsa ska kunna genomföras framgångsrikt behövs samarbete mellan olika förvaltningsområden, den offentliga, den privata och den tredje sektorn och det civila samhället i övrigt. Det krävs samarbete inom arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa, inom vården och inom rehabiliteringen. Inom social- och hälso- och sjukvårdstjänsterna är det viktigt att de psykiatriska och somatiska tjänsterna, primärvården och den specialiserade sjukvården samt hälso- och sjukvården och socialvården samarbetar för att uppnå goda resultat. En strategisk utveckling av den psykiska hälsan och mentalvårdsarbetet innebär samtidigt både ekonomisk effektivitet, rättvisa och genomslag. Strategin för psykisk hälsa styr också utvecklingen av missbrukarvården. Alkohol- och drogpreventionen har separata åtgärdsprogram och behandlas inte här.

2.1 Vad avses med psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande, psykiatriska tillstånd? Begrepp i strategin för psykisk hälsa

Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna, kan klara av vanliga påfrestningar, kan arbeta produktivt och kan bidra till det samhälle hen lever i (WHO 2014). Den psykiska hälsan påverkar på ett väsentligt sätt den fysiska hälsan och utgör ett oundgängligt fundament för det generella välbefinnandet och funktionsförmågan.

Psykisk hälsa är ingen konstant egenskap, utan förändras under individens hela livstid. Den psykiska hälsan påverkas av många sociala och ekonomiska, biologiska och miljörelaterade faktorer. Under gynnsamma omständigheter stärks de psykiska resurserna och under ogynnsamma omständigheter äventyras de (Bild 1). Kunskaper och färdigheter som är förknippade med psykisk hälsa, till exempel resiliens och problemlösning, är något som också går att lära sig och lära ut.

Bild 1. Faktorer som skyddar eller hotar den psykiska hälsan på individnivå och samhällsnivå (WHO 2004)



Till en god psykisk hälsa hör bland annat förmågan att upprätthålla relationer och sysselsätta sig på ett meningsfullt sätt, självförtroende, problemlösningsfärdigheter och resiliens vid motgångar. När den psykiska hälsan försämras kan någon av de här färdigheterna försvagas eller psykiska symptom framträda. Den psykiska hälsan kan försämras tillfälligt eller långvarigt. Psykiska symptom innebär inte alltid sjukdom. Symptomen kan också vara normala, övergående reaktioner på olika livssituationer.

Psykiskt välbefinnande eller **mentalt välbefinnande** syftar på individens upplevelse av välbefinnande och psykisk balans. Psykiskt välbefinnande har delvis samma innebörd som psykisk hälsa. Det psykiska välbefinnandet är ofta kopplat till en god psykisk hälsa och psykisk funktionsförmåga,

men också en person som lider av ett psykiatriskt tillstånd kan uppleva psykiskt välbefinnande. Inte ens en svår sjukdom förhindrar nödvändigtvis upplevelser av tillhörighet, välbefinnande eller livskvalitet om de grundläggande behoven och lika rättigheterna har tillgodosetts.

Men psykisk funktionsförmåga avses de resurser som hjälper en individ att klara av vardagliga motgångar och krissituationer. Den psykiska funktionsförmågan omfattar bland annat funktioner som är förknippade med känslor, tankeverksamhet, uppfattningsförmåga, omdömesförmåga och problemlösning.

Även om de kognitiva funktionerna som har att göra med informationshantering och tankeverksamhet är centrala psykiska funktioner, behandlas den kognitiva funktionsförmågan i praktiken ofta som ett separat delområde inom funktionsförmågan.

Psykiatriska tillstånd orsakar lidande och sänker funktionsförmågan. **Ett psykiatriskt tillstånd** kan diagnostiseras utifrån symptomens omfattning, längd och svårighetsgrad. Även beroendesyndrom hör till de psykiatriska diagnoserna. Psykiatriska tillstånd medför ofta förändringar i tänkandet, känslorna, de kognitiva funktionerna, beteendet eller relationerna. Lindriga tillstånd orsakar i viss mån störande symptom och försämrar den sedvanliga funktionsförmågan. De svåraste tillstånden orsakar avsevärt lidande och betydande försämringar i funktionsförmågan och livskvaliteten. Majoriteten av de psykiska symptomen och psykiatriska tillstånden, inklusive missbruk och riskbruk, kan behandlas framgångsrikt.

Kompetens inom psykisk hälsa innebär kunskap om och insikter i psykisk hälsa som en resurs och en del av hälsan, skydds- och riskfaktorer samt metoder för att stärka den psykiska hälsan. Kompetensen innebär att man identifierar och förstår attityder och uppfattningar som är förknippade med psykisk hälsa. Den omfattar också kunskap om och förståelse för psykiatriska tillstånd samt behandlingsmöjligheterna och de tillgängliga vårdtjänsterna.

Färdigheter inom psykisk hälsa är emotionella och sociala färdigheter, medveten närvaro, flexibilitet i livskriser samt förmåga att reglera belastning och stress och knyta meningsfulla band med andra människor och den egna omgivningen. Färdigheterna inkluderar också livshantering i vardagen samt förmågan att identifiera egna och andras psykiska resurser och utnyttja dem för att uppnå balans mellan arbete, studier, vila och fritid. Till färdigheterna hör också att kunna diskutera den psykiska hälsan och försämringar av den och kunna bedöma när de egna resurserna inte längre räcker till och professionell hjälp behövs.

2.2 Den psykiska hälsan i siffror

Av finländarna bedömer 86 procent sin psykiska hälsa som åtminstone ganska god.

(Koponen et al 2017, 129).

Knappt 20 procent av finländarna har något psykiatriskt tillstånd.

(IHME, 2018)

Risken att en person insjuknar i vilken som helst psykiatriskt tillstånd under sin livstid är globalt sett 26–55 procent. (Kessler et al 2007.)

Åtta procent av finländarna löper en stor risk och fem procent en måttlig risk att drabbas av långvariga hälsoproblem på grund av sin alkoholkonsumtion. Av hela befolkningen befinner sig 58 procent i riskzonen för långvariga alkoholskador eller är åtminstone en gång om året i fara på grund av berusning. (Mäkelä et al 2018, 42–43.)

Cirka tre procent av finländarna har problem med spel.

(Järvinen-Tassopoulos 2018, 77.)

Personer som lider av psykoser lever cirka 15–20 år kortare än den övriga befolkningen (Tiihonen et al 2009, Nordentoft et al 2013). De vanligaste dödsorsakerna är hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (Keinänen et al 2018). Den förväntade livslängden för personer som vårdats på sjukhus på grund av missbruksproblem är 20 år kortare än den övriga befolkningens (Westman et al 2015).

Uppskattning av direkta och indirekta kostnader orsakade av psykiska problem i Finland och i EU-länderna 2015. (OECD/ EU 2018, 28.)

	<u>Totala kostnader</u>		<u>Direkta kostnader</u>				<u>Indirekta kostnader</u>	
			Kostnader för hälso- och sjukvård		Kostnader för sociala förmåner		Kostnader på arbetsmarknaden	
	mn Eur	% av BNP	mn Eur	% av BNP	mn Eur	% av BNP	mn Eur	% av BNP
EU 28	607 074	4.10	194 139	1.31	169 939	1.15	242 995	1.64
Finland	11 140	5.32	2 576	1.23	3 884	1.85	4 681	2.23

Den psykiatriska specialiserade sjukvårdens andel av alla kostnader för specialiserad sjukvård 2017. Utgifterna inom den psykiatriska specialiserade sjukvården har inte ökat i Finland under 2000-talet.



(Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2017, THL 2019)

3 RIKTLINJER FÖR PSYKISK HÄLSA

Strategin för psykisk hälsa innehåller fem prioriteringar: psykisk hälsa som kapital, barns och ungas psykiska hälsa, rätt till psykisk hälsa, omfattande tjänster enligt människors behov och gott ledarskap i psykisk hälsa.

3.1 Psykisk hälsa som kapital

Psykisk hälsa hör till det viktigaste i en människas liv. Den påverkar allt: hälsa, välbefinnande, relationer, studier, arbete och livet som helhet. När människorna har en god psykisk hälsa stärks tilliten, ömsesidigheten och samhörighetskänslan i samhället. Produktiviteten är tätt förknippad med arbetskraftens psykiska hälsa. God psykisk hälsa bidrar till hela Finlands framgång.

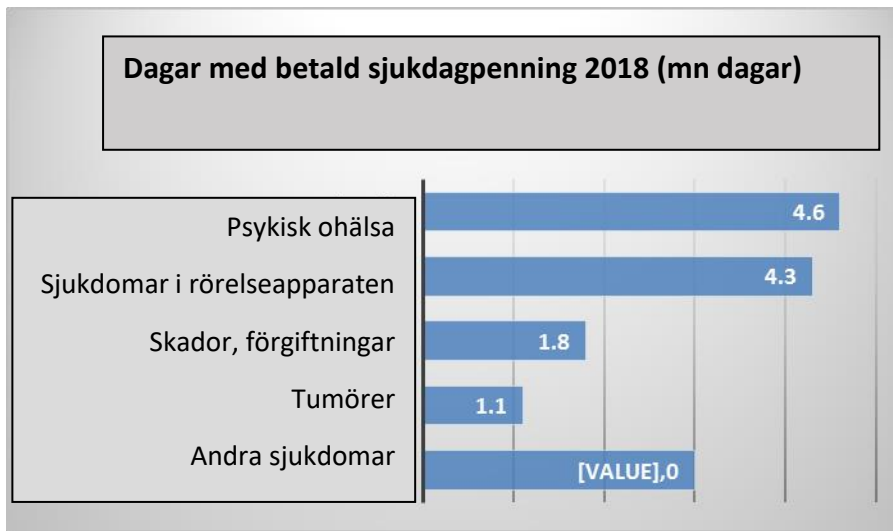
Psykisk hälsa är individens, familjens, de sociala gemenskapernas och samhällets kapital som man tar hand om och investerar i

- i alla livsskeden
- i studier och arbete
- i den dagliga miljön, i gemenskaper och fritidsaktiviteter
- när samhället och omgivningen förändras.

Motivering för riktlinjen

Psykisk hälsa omfattar psykisk funktionsförmåga, inlärnings- och utvecklingsförmåga, förmåga att begära stöd, sociala färdigheter, upplevelse av psykiskt välbefinnande samt psykisk flexibilitet och förändringsförmåga. Alla dessa faktorer är viktiga för det långsiktiga välbefinnandet. En god psykisk hälsa förbättrar möjligheterna till goda relationer och framgång i studierna och arbetslivet. Arbetet är en viktig del av människans välbefinnande och för de flesta en väsentlig del av livet.

I familjer, i gemenskaper och på samhällsnivå återspeglas effekterna av en god psykisk hälsa i form av ett allmänt välbefinnande och minskad psykisk belastning. Psykiatriska tillstånd orsakar i dag en betydande del av sjukfrånvaron och sjuk- och invalidpensionerna. Befolkningens psykiska hälsa påverkar produktiviteten i arbetslivet.



(Folkpensionsanstalten, Fickstatistik 2018.)



(Statistik över pensionstagarna i Finland, 2018.)

Genom att stödja den psykiska hälsan stärker man de resurser som människan behöver för att bygga upp en fungerande vardag och hitta lösningar i livets krissituationer och motgångar. Den psykiska hälsan går att påverka på många andra sätt än med social- och hälsovårdsåtgärder. Till exempel främjas den psykiska hälsan när barnens sunda uppväxt och utveckling stöds i småbarnspedagogiken, i skolorna och genom familjepolitiken och när man stöder arbetshälsan och inträdet i arbetslivet, när det finns möjligheter till motion och idrott, rekreation, hobbyer, kultur och sociala

aktiviteter och när omgivningen är trygg. Det civila samhället spelar en viktig roll i arbetet för god psykisk hälsa. Att ta hand om den psykiska hälsan och stödja den på alla nivåer är en investering som betalar sig i form av såväl mentalt som materiellt välbefinnande.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Identifiera de yrkesgrupper, gemenskaper och grupper av människor där kompetens och färdigheter inom psykisk hälsa särskilt behövs, och öka kompetensen i de grupperna. För yrkesgrupperna gäller detta arbetsuppgifter där en nära växelverkan med andra människor är central.
2. Öka kompetensen och färdigheterna i psykisk hälsa inom småbarnspedagogiken, i skolorna och läroanstalterna både genom olika projekt och genom utveckling av läroplanerna.
3. Öka kompetensen och färdigheterna i psykisk hälsa på arbetsplatserna och vid övergångsskeden i arbetslivet. Personalens välbefinnande i arbetet är organisationens viktigaste kapital och den psykiska hälsan är en central del av den. Öka kompetensen och färdigheterna i psykisk hälsa i synnerhet inom ledarskap och chefsarbete. Bereda ett åtgärdsprogram för god psykisk hälsa i arbetslivet.
4. Öka kompetensen och färdigheterna i psykisk hälsa i tjänsterna och verksamheten för äldre. Utnyttja de äldres psykiska hälsokapital med hjälp av erfarenhetsexperter och delaktighet. De äldre kan bidra med en värdefull insats i samhället.
5. Öka det kollektiva välbefinnandet i bostadsområdena. Införa fler åtgärder för att minska ensamheten och öka samvaron och de gemensamma aktiviteterna. Till exempel bibliotek, servicehus, invånarverksamhet, organisationer och gemenskaper i sociala medier kan delta i verksamheten. Meningsfulla aktiviteter och upplevd delaktighet i gemenskapen bidrar till det psykiska välbefinnandet och den psykiska hälsan i alla skeden av livet. I sociala medier innebär främjandet av den psykiska hälsan också till exempel att man ökar modereringen för att identifiera och radera skadligt innehåll.
6. Förebygga och minska alkohol- och drogkonsumtion och beteendemässiga beroenden med hjälp av handlingsplanen för alkohol-, tobak-, drog- och spelprevention.
7. Trygga förutsättningarna för civilsamhället, frivilliga och organisationer att ordna verksamhet som stöder den psykiska hälsan.
8. Säkerställa att kommunerna arbetar omfattande och förvaltningsövergripande för att främja psykisk hälsa och nykterhet som en del av arbetet för att främja välbefinnande och hälsa.
9. Inleda forsknings- och utvecklingsverksamhet för att reda ut hur man värnar om det psykiska hälsokapitalet när samhället och omgivningen förändras.

3.2 Hur barns och ungas psykiska hälsa byggs upp i vardagen

Uppväxtförhållandena i barndomen och ungdomen inverkar i betydande grad på den psykiska hälsan. Barnens och de ungas psykiska hälsa stärks när samhället

- skapar förutsättningar för ett tryggt liv i familjerna och de övriga viktiga uppväxtmiljöerna och vid förändringar i samhället
- tryggar alla barns lika möjligheter till god självkänsla, färdigheter i psykisk hälsa, lärande och framgångsupplevelser
- ger alla barn och unga lika möjligheter att delta i trygga hobbyer som främjar utvecklingen
- tillgodoser rättigheterna för barn och unga i en utsatt ställning eller livssituation
- minskar fattigdomen bland barnfamiljer
- minskar marginaliseringen bland barn och unga

Motivering för riktlinjen

Den psykiska hälsan byggs i flera avseenden upp i barndomen och ungdomen. I bästa fall stöder hela uppväxtmiljön och studiemiljön den psykiska hälsan och gör det möjligt för de psykiska resurserna att utvecklas positivt.

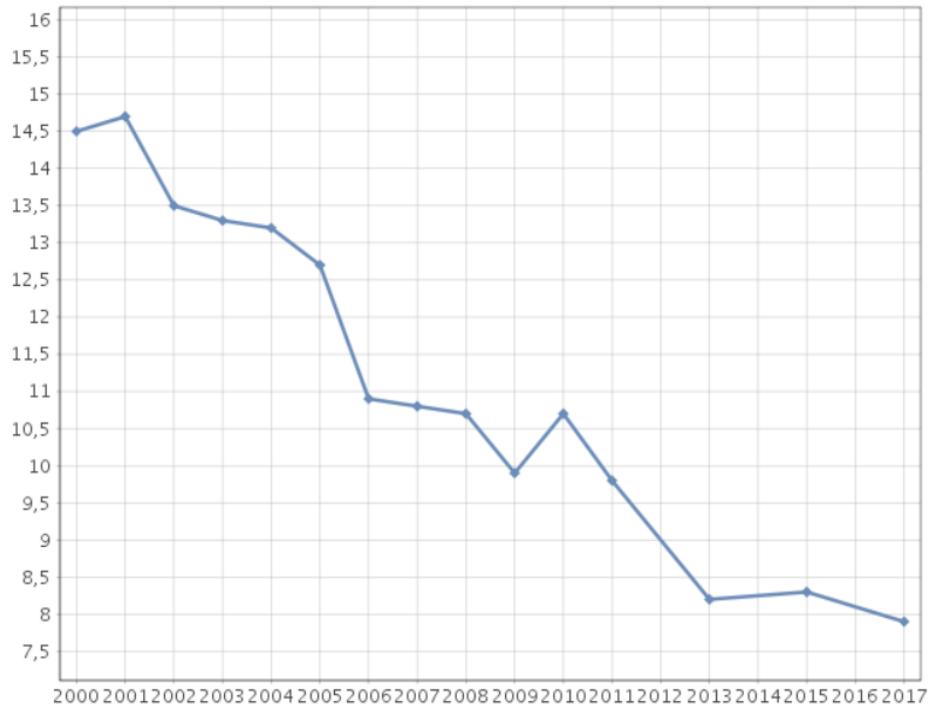
En stor del av de psykiatriska tillstånden bryter ut under barndomen och ungdomen. Psykisk ohälsa hör till de vanligaste hälsoproblemen bland skolelever och studerande. Barns och ungas hjärnor är också känsligare för effekterna av alkohol och droger. För att effektivt kunna stödja barnens och de ungas psykiska hälsa i deras vardag är det viktigt att inse barndomens och ungdomens betydelse för utvecklingen av individens välbefinnande och hälsa.

Familjen spelar en viktig roll för barns och ungas hälsa och utveckling. Till exempel bidrar en tillräcklig omsorg och trygghetskänsla, en god tidig växelverkan, föräldrarnas välbefinnande och ekonomisk trygghet till barns och ungas välbefinnande. Bland annat fattigdom och missbruksproblem försämrar hela familjens välbefinnande och barnens och de ungas psykiska hälsa. Den ökande ojämlikheten i samhället fördjupar klyftorna i barnens vardagsverkligheter och i barnfamiljernas resurser. I det stora hela kan utgångspunkterna för barnens uppväxt och utveckling vara mycket olika – även när det gäller utvecklingen av den psykiska hälsan. Barnfamiljernas och barnens välbefinnande påverkas i hög grad också av föräldrarnas möjligheter att kombinera arbete och familjeliv. Förhållandena i barndomen och ursprungsfamiljen utgör som helhet en viktig faktor som påverkar hälsan och resiliensen senare i livet.

De traditionella riskfaktorerna för den psykiska hälsan bland skolelever, till exempel kommunikationsproblem med föräldrarna, har minskat. (Enkäten Hälsa i skolan)

Kontaktsvårigheter med föräldrarna, % av eleverna i klass 8 och 9

info ind. 329



En stor del av de psykiatriska tillstånden som förekommer under livets gång bryter ut före ung vuxen ålder.

(Haravuori et al 2016; Coughlan et al 2013 ; Nöbbelin L et al 2018)

Cirka 30 procent av föräldrarna upplever i något skede av graviditeten åtminstone lindriga depressionssymptom och 10–15 procent av föräldrarna rapporterar ångest i något skede av graviditeten.

(Korja et al 2018, 2.)

Under ungdomstiden blir psykiatriska tillstånd vanligare. Faktorer som hotar ungas psykiska hälsa är till exempel ensamhet, mobbning, diskriminering, alkohol- och drogkonsumtion samt studierelaterad stress. Psykisk ohälsa påverkar studieförmågan, och därför bör till exempel yrkespersoner inom studerandehälsovården kunna bedöma ungas psykiska hälsa och planera den vård som behövs. När den unga blir alltmer aktiv utanför familjekretsen blir möjligheterna att knyta trygga

vänkskapsband med jämnåriga och undvika traumatiska upplevelser centrala för en gynnsam utveckling av den psykiska hälsan. De unga behöver färdigheter för att hantera osäkerhet inför framtiden, till exempel när det gäller studierna och arbetsmarknaden. Allt yngre människor blir tvungna att göra viktiga studierelaterade val. Samtidigt har när- och stödundervisningen minskat i många studiemiljöer. Globala fenomen som klimatförändringen står i fokus på ett nytt sätt och kan orsaka framtidsångest och osäkerhet. Friheten att göra individuella val förutsätter förmåga att styra sig själv. Behovet av psykiska resurser accentueras när den unga blir självständig. De ungas resurser för att klara sig på egen hand varierar och det är viktigt att identifiera stöd- och vårdbehov i ett tidigt skede.

De unga åldersklasserna är avsevärt mindre än tidigare. Försörjningskvoten försämras och det förutsätter att allt fler deltar på arbetsmarknaden. I ett samhälle som åldras snabbt är det viktigt att också fästa uppmärksamhet vid jämlikheten mellan generationerna och de unga åldersklassernas ställning och möjligheter i samhället. Barnens och de ungas välbefinnande och funktionsförmåga har en avgörande betydelse för framtiden.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Vid behov på legislativ väg skapa en struktur för att utveckla, införa, förankra, upprätthålla och uppdatera effektiva metoder för praktisk hjälp till familjerna, familjeförmåner och stöd för föräldraskapet. Erbjud rätt stöd för det utvecklingsskede barn eller unga befinner sig i. Stödet bör erbjudas i deras närmaste omgivning, till exempel i småbarnspedagogiken, skol- och studiemiljöerna samt social- och hälsotjänsterna. Till ett omfattande stöd hör också stöd för föräldrarnas parrelationer.
2. Stärka utvecklingen av självkänslan och färdigheterna i psykisk hälsa i växande ålder genom att öka informationen om god praxis, satsa på utbildning i arbetssätt som främjar färdigheter i psykisk hälsa samt påverka kulturen inom småbarnspedagogiken, den grundläggande undervisningen och utbildningen på andra stadiet.
3. Inleda ett handlingsprogram för ett familjevänligt arbetsliv.
4. Skapa strukturer för ett brett samarbete mellan olika förvaltningsområden, organisationer och allmänheten för att uppnå en gemensam grund och gemensamt omfattade värden för en uppväxt som stöder den psykiska hälsan bland barn och unga. Identifiera och modellera de delfaktorer som behövs för samarbetet, på samma sätt som till exempel i den modell för lokal alkoholpolitik som utnyttjats inom alkohol- och drogpreventionen.
5. Garantera barn och unga mångsidiga möjligheter till fritidsaktiviteter enligt sina egna intressen, vid behov genom författningar och bindande kvalitetskriterier.
6. Systematiskt stödja barns och ungas gynnsamma integration i grupper av jämnåriga och skydda dem mot negativa fenomen bland jämnåriga, till exempel mobbning, alkohol, droger och annat riskbeteende, även i sociala medier. Förebygga marginalisering och stödja den unga i livets övergångsskeden, till exempel vid byte av skol- och studiemiljöer.
7. Säkerställa tillräckliga resurser för främjandet av psykisk hälsa på rådgivningsbyråer, i elev- och studerandevården och inom övrig service på basnivå för barn och unga och

ett samordnat samarbete mellan yrkesgrupperna. Utöver förebyggande arbete bör de erbjuda korta interventioner som behövs i krissituationer.

8. Stödja barn och unga som lever med en psykisk belastning, till exempel minderåriga med föräldrar, vårdnadshavare eller nära anhöriga som lider av någon sjukdom samt barn och unga i en utsatt ställning eller livssituation som till exempel har en funktionsnedsättning, är invandrare eller omfattas av barnskyddstjänster. Det gäller även studerande som upplever betydande studierelaterad stress.
9. Stödja båda föräldrarnas psykiska hälsa redan under graviditeten, till exempel vid alkoholkonsumtion under graviditeten eller en belastande livssituation.

3.3 Rätt till psykisk hälsa

I varje människas rätt till psykisk hälsa ingår

- att bli accepterad och inte diskrimineras
- respekt för människovärdet samt för de grundläggande och mänskliga rättigheterna och medvetenhet om dem
- lika rätt till boende, studier, arbete, försörjning och social delaktighet
- rätt till god och effektiv vård när det behövs
- rätt att själv bestämma vad det är som hjälper en att klara sig i vardagen, och rätt att få det stöd som behövs
- rätt att påverka som medborgare, part i beslutsfattandet, kamratstödjare och erfarenhetsexpert
- rätt att använda nationalspråken och få tillräcklig tolknings- och översättningshjälp.

För att rätten till psykisk hälsa ska kunna tillgodoses behövs arbete för att övervinna fördomar, felaktiga uppfattningar och motsättningar.

Motivering för riktlinjen

Rätten till psykisk hälsa grundar sig på de universella mänskliga rättigheterna och på de grundläggande fri- och rättigheterna enligt grundlagen, som inkluderar alla människors jämlikhet, språkliga rättigheter och rätten till arbete, utbildning, en tillräcklig levnadsstandard för att trygga boende, försörjning, hälsa och välbefinnande samt social trygghet och tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster. De grundläggande och mänskliga rättigheterna tryggar samhällsförhållanden som främjar individernas psykiska hälsa och skyddar dem mot riskfaktorer för psykisk sjukdom. I rätten till psykisk hälsa ingår stärkandet av faktorer som skyddar den psykiska hälsan och minskandet av riskfaktorer i hela befolkningen och i synnerhet bland personer som lever under utsatta förhållanden.

Personer med något psykiatriskt tillstånd eller missbruk får inte alltid sina grundläggande fri- och rättigheter tillgodosedda på lika villkor. De här personerna blir lätt föremål för diskriminering, stigmatisering och fördomar i det sociala umgänget, arbetet, studierna, boendet och olika samhällstjänster. Många som lider av en psykisk sjukdom söker inte vård på grund av den stigmatisering och diskriminering som sjukdomarna och tjänsterna är förknippade med. Grupper som är utsatta på grund av sin kulturella ställning eller samhällsställning behöver särskild uppmärksamhet.

Även rätten till en högklassig, evidensbaserad och behovsorienterad behandling av psykiska sjukdom bör betraktas som en fundamental rättighet inom den psykiska hälsan.

Enligt Barometern för psykisk hälsa är nästan en femtedel av de som deltog rädda för personer med psykiska funktionsnedsättningar : 19 procent vill inte ha dem som grannar och 18 procent tycker det är obekvämt och skrämmande att möta dem.

Av dem som har egen erfarenhet av psykiatriska tillstånd anser 39 procent att psykisk sjukdom stigmatiserar. Rentav 69 procent av de yrkesutbildade i branschen är av samma åsikt.
(Barometern för psykisk hälsa, 2017.)

Till de grundläggande fri- och rättigheterna hör också rätten till fri vilja, självbestämmande och integritet. En person med ett psykiatriskt tillstånd eller ett missbruk är ofta tvungen att kämpa för en fullvärdig ställning i beslut som berör personen själv. I den psykiatriska sjukvården är vård oberoende av vilja möjlig i vissa situationer som anges i lagstiftningen. Valfungerande tjänster som accepteras av användarna minskar behovet av att ta till åtgärder som är oberoende av patientens vilja.

År 2017 var antalet psykiatriska vårdperioder på sjukhus cirka 38 000. Knappt 10 000 av dem var oberoende av patientens vilja. Begränsningar av självbestämmanderätten under vård oberoende av vilja användes för cirka 4 000 personer.
(Psykiatriska specialiserade sjukvården. Statistikrapport, 2017.)

En positiv trend är att stigmatiseringen av psykiska sjukdomar har minskat, vilket lett till en mer öppen och konstruktiv offentlig debatt om psykisk hälsa och en ökad efterfrågan på tjänster.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. Revidera lagstiftningen om självbestämmanderätt så att självbestämmanderätten för personer med psykiska sjukdomar tillgodoses bättre i tjänsterna.
2. Inleda ett riksomfattande handlingsprogram mot stigmatisering och diskriminering på grund av psykiska sjukdomar och missbruk. Genomföra ett utvecklings- och tillsynsprogram för att motverka diskriminering och säkerställa de språkliga rättigheterna i samband med tjänsterna.
3. Inom ramen för forskningen och social- och hälsovårdorganisationernas kvalitetssystem följa upp olika former av diskriminering och påföra sanktioner för diskriminerande åtgärder.
4. Uppdatera kvalitetskriterierna för boende och andra stödtjänster för rehabiliteringsklienter inom mental- och missbrukarvården och upprätta ett kvalitetsregister för uppföljningen.
5. Fortsätta programmet för minskat tvång på de sjukhus som genomför vård oberoende av patientens vilja och befästverksamheten inom nätverket för minskat tvång.

6. Fastställa åtgärder för att trygga psykiskt sjuka personers och missbrukares rätt att delta i studier och arbete enligt förmåga. Utvidga och etablera handlingsmodeller som stärker studie- och arbetslivsfärdigheterna och ökar deltagandet i arbetslivet.
7. Planera åtgärder för att minska effekterna av fattigdom och ojämlikhet på individers och familjers psykiska hälsa.
8. Vidta åtgärder för att motverka inkompetent och skadlig verksamhet med hjälp av lagstiftning om alternativa behandlingar.

3.4 Omfattande tjänster enligt människors behov

Tjänsterna motsvarar människors behov när man förvissas sig om att

- de är klientorienterade och klienterna upplever att tjänsterna är lämpliga för dem
- de är tillgängliga, högklassiga och effektiva
- de är flexibla, kan sammanjämkas och bidrar till kontinuiteten
- de är åldersadekvata
- de är behovsorienterade och ges i rätt tid
- de främjar rehabiliteringen
- de följer jämlikhetsprincipen; i planeringen av tjänsterna beaktas i synnerhet grupper som annars skulle löpa risk att hamna i en ojämlig ställning
- de tar hänsyn till de anhöriga och närstående både som resurser och som stödbehövande
- personalens yrkeskompetens upprätthålls
- personer som lider av allvarliga psykiatriska tillstånd och missbruksproblem får vård för sin fysiska hälsa på lika villkor med övriga.

Motivering för riktlinjen

Vården av psykiska sjukdomar har ökat varje år under det senaste årtiondet. Ändå har tröskeln för till psykiatrisk vård hållits hög och det har funnits betydande regionala skillnader när det gäller tillgång till vård i rätt tid och mångsidiga öppenvårdstjänster. Det har varit svårt att uppfylla vårdgarantins väntetider. Tillgången till evidensbaserade behandlingar har varit bristfällig och behandlingarna varken upprätthålls eller sprids på ett samordnat, långsiktigt sätt enligt befolkningens behov i olika regioner. På basnivå anses frågor som gäller psykisk hälsa och missbruk inte alltid ingå i allas arbetsuppgifter, utan de överförs på enskilda anställda. På många håll är missbrukarvården fortfarande åtskild från den övriga hälso- och sjukvården.

Det splittrade servicesystemet inom social- och hälsovården och svårigheterna att styra helheten försämrar tillgången till och inriktandet av tjänsterna. De olika aktörerna inom arbetet med psykisk hälsa och missbruk har varken samordnat sin verksamhet eller kommit överens om en arbetsfördelning.

I det internationella utvecklingsarbetet har moderna tjänster inom psykisk hälsa utformats så att de är mer samarbetsinriktade. Det här innebär en kund- eller patientorientering där olika experters tjänster ordnas enligt kundens behov och inte enligt organisationernas utbud. Tjänster som ordnas på ett integrerat och samordnat sätt är samtidigt både effektiva och mångsidiga. Personlig servicehandledning kan öka utnyttjandet av tjänster i rätt tid och på rätt nivå.

I regel bör personer med psykiska sjukdomar snabbt få vård. Vården är bäst när bedömningen och vården på basnivå genomförs som en del av den övriga primärvården på social- och hälsocen-

tralerna och primärvårdsenheterna för barn och unga, och när stöd och handledning från den specialiserade sjukvården finns att tillgå flexibelt, nära och utan hinder. På motsvarande sätt säkerställer psykiatrisk sjukhusvård i anslutning till allmän sjukhusvården att alla hälsoproblem tas i beaktande. Till exempel räcker det vanligen inte att endast behandla en missbrukares beroende utan man måste också uppmärksamma parallella psykiska och fysiska sjukdomar och tillstånd.

Besök inom den öppna mentalvården på 2010-talet per 1000 personer i motsvarande ålder. (Sotkanet)

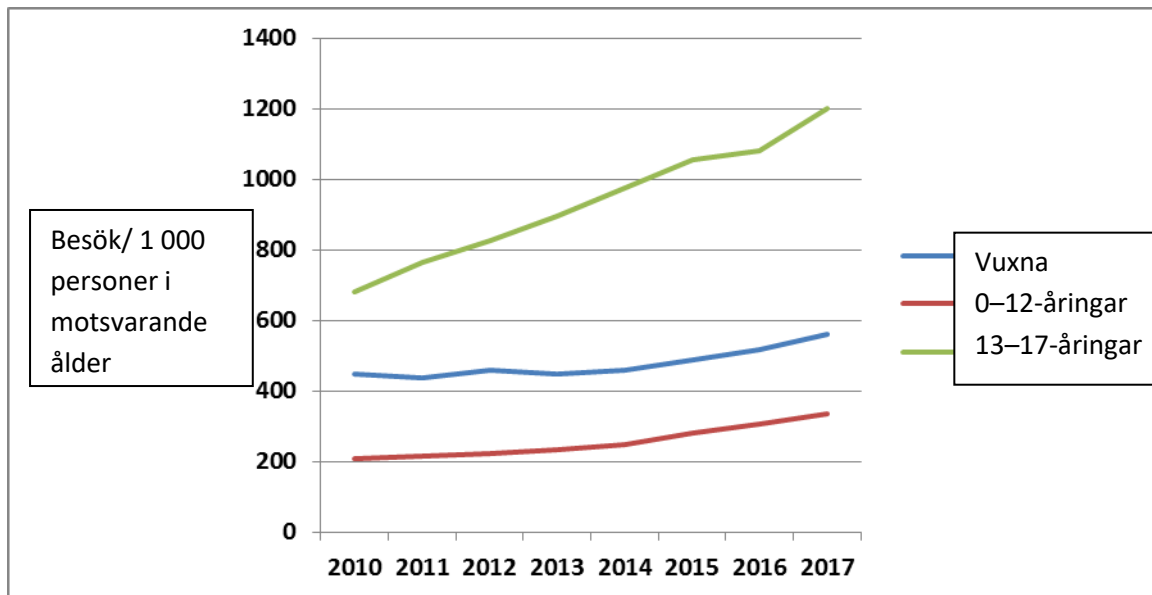


Bild X (ovan). Besök inom den öppna mentalvården. Vuxnas besök inkluderar också primärvården, barns och ungas gäller enbart den specialiserade sjukvården.

Av 20–54-åringarna som haft suicidtankar söker 49 procent hjälp, av 55–74-åringarna 26 procent, av de 75 år fyllda 11 procent. (Databasen Terveystemme)

Av unga vuxna med depressionssjukdomar har 76 procent kontakt med vården (Kasteenpohja et al 2015)

Social- och hälsovården och servicesystemet i övrigt bör kunna reagera på alla slags behov, allt från tidiga problem till svåra, plötsliga och multiproblematiske situationer. Personer som lider av psykisk ohälsa har oftare än den övriga befolkningen samtidigt andra sjukdomar och behov av hjälp och stöd i synnerhet om sjukdomen är svår. De får bristfällig somatisk sjukvård, socialvård

samt boende- och sysselsättningsservice. Svåra beroendesyndrom är förknippade med en anhopning av sociala problem som kräver särskild uppmärksamhet. Psykiska sjukdomar försämrar individens förmåga att utnyttja tjänster och bevaka sina egna intressen. Tjänsterna bör då göras mångsidiga och lättillgängliga. Även e-tjänster kan användas för att säkerställa tillgången särskilt i områden där avstånden är långa. Lättillgängliga, kundorienterade och högklassiga tjänster är viktiga också på grund av stigmatiseringen som varit förknippad med psykiatriska tillstånd och i synnerhet med beroendesyndrom. Tjänsterna realiserar inte om de inte erbjuds eller utnyttjas på grund av felaktiga uppfattningar, diskriminerande attityder eller skam som tjänsteanvändaren själv internaliserat.

Det är relativt vanligt att psykiatriska tillstånd och missbruk förekommer samtidigt. Till exempel har 10–30 procent av alla som lider av depression samtidigt ett beroendesyndrom (Kessler et al 1996, Melartin et al 2002)

Cirka hälften av alla som anlitat tjänster på grund av substansmissbruk hade också ett psykiatriskt tillstånd som diagnostiserats av en läkare (Päihdetapauslaskenta, 2015)

Somatiska och psykiska sjukdomar förekommer ofta samtidigt. Av patienterna inom primärvården och på sjukhusen har 20–50 procent psykiatriska tillstånd. (Räsänen et al 2009).

**Antalet personer i boendetjänsterna inom psykiatrin var cirka 8 000 .
Antalet personer i boendetjänsterna inom missbrukarvården var cirka 4 000.** (Sotkanet, 2017)

I Finland hade 24 procent av de vuxna som 2005 beviljats rehabiliteringsstöd på grund av depression återgått till arbetet efter fyra år. (Gould R, Lampi J, Nyman H. Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen: työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2011:3.)

Exempel på grupper där psykiska sjukdomar är vanligare än hos andra:

- 1. Av bostadslösa personer som övernattat i skyddshärbärgen har 80–90 procent något psykiatriskt tillstånd, 80 procent har beroendesyndrom och över 10 procent har en psykossjukdom. Somatiska sjukdomar är också anmärkningsvärt vanliga och behandlas inte.** (Stenius-Ayoade 69,76, 2019)
- 2. Av unga som varit utslagna från utbildning och arbetsliv under flera år får 60 procent psykiatrisk läkemedelsbehandling** (Aaltonen et al 35, 2015).
- 3. Av nyanlända vuxna asylsökande har nästan 40 procent betydande depressions- och ångestsymptom.** (Skogberg et al 184, 2019)
- 4. Av regnbågsunga har var tredje flicka och en knapp femtedel av pojkarna måttlig eller svår ångest.** (Enkäten Hälsa i skolan https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135233/URN_ISBN_978-952-302-909-5.pdf?sequence=1)

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

1. I samband med reformer av lagstiftningen om mentalvårds- och missbrukartjänster fokusera på att resurserna används optimalt, är tillräckliga samt riktas och samordnas på ändamålsenligt sätt.
2. Öka resurserna för och personalens kompetens i psykisk hälsa i synnerhet i primärvården och socialvården och utveckla förfaranden med vilka den specialiserade sjukvården styr

och stöder vården i tjänsterna på basnivå (framtidens social- och hälsocentraler samt tjänster på basnivå för barn och unga).

3. I planeringen, genomförandet och utvärderingen av tjänsterna beakta användarnas synpunkter på tjänsternas användarvänlighet. Det innebär till exempel att man utnyttjar erfarenhetsexpertis och klienterfarenheter och beaktar den betydelse klienterna tilldelar tjänsterna.
4. Starta ett utvecklingsprogram med fokus på att främja den fysiska hälsan och garantera somatisk hälso- och sjukvård för personer som vårdas för psykisk ohälsa och missbruk.
5. Förbättra tillgången till psykosociala behandlingar och interventioner och organisera den regionalt (inom samarbetsområdena) efter behov. Kompetens- och stödcentren för de mest krävande tjänsterna för barn och unga samordnar tillgången till evidensbaserad vård och sprider evidensbaserad psykosocial vård och interventioner i ett koordinerat samarbete inom regionen.
6. Inom social- och hälsovården införa evidensbaserade metoder inom främjande och förebyggande arbete samt behandling och rehabilitering och bedöma deras verkningsfullhet i Finland.
7. Ta fram lättillgängliga och mångsidiga tjänster och föra ut dem till klienternas vardagsmiljöer, i synnerhet för personer som av olika orsaker är svåra att nå, såsom drogberoende eller bostadslösa, och för andra grupper som löper risk för utslagning eller är utsatta på annat sätt.
8. Sammanställa och införa beprövade verksamhetsmodeller i olika miljöer, till exempel i småbarnspedagogiken, skolorna, på arbetsplatserna och i det stödda boendet.
9. I lagstiftningen om upphandling beakta vikten av samordnade, kontinuerliga och högkvalitativa tjänster. Behovet av kontinuitet och rehabiliterande effekter framhävs särskilt i boendet och i stödet i vardagen.

3.5. Gott ledarskap i psykisk hälsa

Arbetet för den psykiska hälsan styrs och leds systematiskt som en helhet över förvaltningsgränserna:

- I ledarskapet stöder man sig på bästa kunskap och teknik
- Det säkerställs att aktuella och föregripande forskningsrön finns tillgängliga
- I ledarskapet används de indikatorer som är bäst lämpade och de följs upp
- Hur strategin för psykisk hälsa genomförs utvärderas regelbundet och de åtgärder som föreslås i den omprioriteras och omformuleras enligt behov.

Motivering för riktlinjen

Förhållandena mellan ekonomin och det individuella upplevda hälsorelaterade välbefinnandet kan beskrivas med begreppet välfärdsekonomi. Människans välbefinnande, och det psykiska välbefinnandet som en central del av det, stöder ett stabilt samhälle och en stabil ekonomi, och samtidigt ökar en stabil ekonomi möjligheterna att förbättra människans välbefinnande.

Ett hållbart och konkurrenskraftigt samhälle bygger på god psykisk hälsa som stöds i alla skeden och inom alla samhällssektorer. Gott ledarskap främjar den psykiska hälsan, de mänskliga värderingarna och välfärdsproduktionen. Ledarskap i fråga om psykisk hälsa behövs på den nationella, regionala och kommunala nivån och i organisationerna för social- och hälsovård samt i genomförandet av strategin för psykisk hälsa. Ledarskapet gäller ändå inte bara social- och hälsovårdens förvaltningsområden utan många olika sektorer. Det behövs särskilt i samarbetsnätverkens verksamhet.

På riksplanet innebär gott ledarskap i fråga om psykisk hälsa att den lagstiftning, styrning och kvalitetskontroll som relaterar till psykisk hälsa hålls uppdaterad och alltid stöder sig på den senaste kunskapen och insikten.

Inställningen att psykisk hälsa ingår i all politik strävar efter att främja folkhälsan och minska hälsoskillnaderna. Den beaktar systematiskt effekterna på den psykiska hälsan i beslutsfattandet inom alla sektorer, söker efter gemensamma fördelar och försöker undvika skadliga följder. Förhandsbedömningen av effekterna på den psykiska hälsan är ett sätt att beakta den psykiska hälsan i beslutsfattandet inom olika förvaltningsområden och på alla beslutsnivåer.

Att främja psykisk hälsa på lång sikt kräver arbete som är målmedvetet och målinriktat, som grundar sig på effektiva interventioner och forskning och som tilldelats tillräckliga resurser. Ett målinriktat och resultatrikt främjande av psykisk hälsa förutsätter förvaltningsövergripande samarbete på alla förvaltningsnivåer (nationellt, regionalt, lokalt). Utan välmående och friska invånare uppstår ingen välmående kommun och inget fruktbart regionalt samarbete.

Ett gott ledarskap fastställer organisationens värderingar och genomför dem. En organisation som satsar på psykisk hälsa lyfter fram främjandet av den psykiska hälsan som en strategisk prioritering. Kunskapen om hur invånarna mår och om deras psykiska hälsa samt om servicesystemets förmåga att svara på välfärdsutmaningarna utgör grunden för organisationens strategiska arbete.

Social- och hälsovårdens servicesystem behöver i synnerhet samordning av social- och hälsotjänster samt primärvård och specialiserad sjukvård, samtidig hänsyn till den psykiska och den fysiska hälsan samt styrning av de större samarbetsnätverken så att dessa bättre beaktar den psykiska hälsan. Allmänhetens behov tillgodoses effektivt genom att optimera servicesystemets funktion. Styrningen av verksamheten bygger på branschöverskridande effekter, till exempel välfärdseffekten. Ett gott ledarskap i fråga om psykisk hälsa granskar också missbruks- och beroendefenomen på ett övergripande sätt ur perspektivet av förebyggande arbete samt vård, rehabilitering och skadereduktion.

Ett gott ledarskap anpassar organisationerna och deras verksamhet till aktuella fenomen, tidens trender och de ekonomiska realiteterna samt förbereder dem för framtida utmaningar. Ledning genom information och nyttjande av olika former av digitalisering utgör en del av ledarskapet i fråga om psykisk hälsa. När kunskapsunderlaget och informationsresurserna görs mer tillgängliga och tekniken utnyttjas effektivare än förr förbättras också förutsättningarna för gott ledarskap i psykisk hälsa.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås:

1. Skapa samarbetsstrukturer vid statsrådet, i landskapen och i kommunerna för olika förvaltningsområden och organisationer samt övrig frivilligverksamhet. Fastställa praxis för samarbetsledningen.
2. Fastställa indikatorer och verktyg för bedömning av samhällsbeslutens effekter på den psykiska hälsan.
3. Inrätta en digital informationsresurs med verktyg för verkningsfullt främjande och förebyggande arbete.
4. Effektivisera ledarskaps- och bedömningsutbildningen.
5. Ange ansvarsfördelningen, som framhäver servicesystemet som helhet och samverkan, i form av tydliga verksamhetsmodeller så att de behövliga resurserna, kostnadsansvaret och kompensationsmekanismerna framgår. Ta fram nya modeller för finansieringen av mentalvårdsarbetet. Göra upp modeller för de gemensamma funktionerna inom olika förvaltningsområden som beskriver aktörernas roller, kostnadsfördelningen och verksamhetsledningen.
6. Göra kunskapsbasen och informationsresurserna mer tillgängliga så att man bättre kan bedöma det verkliga behovet av tjänster i stället för anlita dem. Som utgångspunkt behövs information om utbredningen av olika former av psykisk ohälsa bland befolkningen och regionalt. Forsknings- och registerdata om kostnaderna för tjänsterna samt deras kvalitet och resultat förbättrar styrningen av tjänstekoncepten. Utnyttja verksamhetsstyrande kvalitetsregister vid insamlingen av data. Ta fram observationsverktyg för att bedöma om tjänsterna är tillräckliga. Identifiera särbehov som uppkommer på grund av förekomsten

och utbredningen av psykisk ohälsa hos barn, unga och äldre när tjänster planeras och dimensioneras för dessa befolkningsgrupper.

7. Verkningsfullheten och bedömningen av den styr utvecklingen av servicesystemet och valet av ändamålsenliga åtgärder.
8. Starta ett forskningsprogram som främjar strategin för psykisk hälsa med stöd av rådet för strategisk forskning.
9. Följa upp genomförandet av denna strategi för psykisk hälsa med hjälp av ett mätar- eller indikatorpaket som sammanställs för ändamålet.

4 Uppföljning, åtgärder, indikatorer, kostnader

4.1 Åtgärdsförslag som prioriteras 2020–2023

(skrivs senare)

4.2 Uppföljning och förslag till indikatorer

(skrivs senare)

4.3 Kostnader

(skrivs senare)

Referenser

Litteratur, artiklar (kompletteras)

Aaltonen S, Berg P & Ikäheimo S. Unga vid luckan. Marginalisering och ungas ställning inom servicesystemet ur tre synvinklar. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:3. Institutet för hälsa och välfärd.) Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Coughlan H, Cannon M, Shiers D, Power P, Barry C, Bates T, Birchwood M, Buckley S, Chambers D, Davidson S, Duffy M, Gavin B, Healy C, Healy C, Keeley H, Maher M, Tanti C, McGorry P. Towards a new paradigm of care: The International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry* 7(2):103-108.

[Haravuori H, Muinonen E, Kanste O, Marttunen M. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Ohjaus 20. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016.](#)

Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Kiviruusu O, Pirkola S, Lönnqvist J. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety*. 2009;26(11):1049-59.

Järvinen-Tassopoulous Johanna (toim.). Suomalaisen rahapelaamisen tilannekatsaus 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-934-7>.

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna L. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Keinänen J, Mantere O, Markkula N, Partti K, Perälä J, Saarni SI, Härkänen T, Suvisaari J. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. *Schizophr Res.* 2018 Feb;192:113-118

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, DE Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Berglund P, Gruber MJ, Petukhova M, Chatterji S, Ustün TB. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6:168-76.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (red.). Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland. undersökningen FinHälsa 2017. Rapport 4/2018. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, 2018. Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Korja R, Nolvi S, Kataja E-L, Scheinin N, Junttila N, Lahtinen H, Saarni S, Karlsson L & Karlsson H. undersökningen Finnbrain. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the pre-natal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *Plos One*, 2018. Tillgänglig på: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207856>

Mäkelä, Pia; Härkönen, Janne; Lintonen, Tomi; Tigerstedt, Christoffer; Warpenius, Katariina. Näin Suomi juo - Suomalaisten muuttuvat alkoholikäyttötavat. Teema 29. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>.

Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One.* 2013;8(1):e55176.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallisen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017.

Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Omar A-A-H, Snellman O, E Castenada A (toim.) Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-351-9>

Stenius-Ayoade A. Housing, health and service use of The Homeless in Helsinki, Finland. Helsinki: Dissertations Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis 29/2019. Tillgänglig på: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5178-0>

Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet.* 2009 Aug 22;374(9690):620-7

Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Marttunen M, Luukkaala T, Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents - repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health.* 2014 Apr 28;14:408.

Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, Arffman M, Ösby U. Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 2015 Apr;131(4):297-306.

https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet.* 2009 Jan 10;373(9658):147-53.

Lake J, Turner MS. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. *Perm J.* 2017;21:17-024)

Statistik, rapporter, databaser

Depression. Rekommendation för god medicinsk praxis. Arbetsgrupp som tillsatts av Finska Läkarföreningen Duodecim ja Psykiaterföreningen i Finland rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2016. (läst 16.7.2019) Tillgänglig på: www.käypähoito.fi

IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation). More than one in six people in EU countries have a mental health problem. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.1787/888933833920>

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing: Paris, 2018. Tillgänglig på: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Finlands officiella statistik (FOS): Statistik över pensionstagarna i Finland [e-publikation]. Helsingfors: Pensionskyddscentralen och Folkpensionsanstalten [läst: 16.7.2019]. Tillgänglig på: http://www.stat.fi/til/elakk/index_sv.html

Hälsa- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2017. Statistikrapport 15. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, 2019.

Fickstatistik 2018. Helsingfors: Folkpensionsanstalten, 2018. Tillgänglig på: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/ekonomin-inom-social-halso-och-sjukvarden/halso-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering>.

Barometern för psykisk hälsa 2017. Centralförbundet för Mental Hälsa. www.mtkl.fi

Mentalvårdsbesök inom öppenvården på 2010-talet/1 000 i samma åldrar. <https://sotkanet.fi>

Psykiatriska specialiserade sjukvården 2017. Statistikrapport 33/2018. Institutet för hälsa och välfärd, 2018.

5 PROGRAM FÖR SUICIDPREVENTION

Suicidpreventionen behöver effektiviseras och kräver också nya metoder:

- Attityderna hos dem som möter personer som försökt ta sitt liv kan bearbetas så att personerna inte skuldbeläggs eller bara anses vara ute efter uppmärksamhet.
- Tillgången till metoder och medel för suicid måste minskas.
- Kristjänster med låg tröskel ska tillhandahållas överallt i Finland och informationen om dem ska skötas så att varje finländare vet var sådana tjänster finns att få på den egna orten och hur man ska gå tillväga.
- Det ska göras lättare att få vård och vården ska sättas in snabbare genom att prioritera vården av personer som löper suicidrisk. Tidigt stöd i svåra livssituationer och kriser förhindrar att problemen förvärras och kan också förhindra suicid.
- Suicidrisken hos berusade personer och personer med missbruks- eller beroendeproblem bedöms på samma sätt som för alla andra som löper suicidrisk, vid behov i tillnyktrings- och avgiftningsvård.
- Mediernas kompetens i suicidkommunikationen kan bidra till att förebygga suicid: människors framgångsberättelser hjälper andra hitta hjälp i svåra situationer.
- EU-lagstiftningen bör utvecklas med målet att begränsa innehåll som uppmuntrar till suicid i sociala medier, på videor, i tv-serier och filmer.
- Aktuell statistik behövs om olika åldersgrupper och riskgrupper i fråga om suicid, suicidförsök, tillgången till vård och vårdens kvalitet samt tillgången till tidigt stöd.

I Finland har suicidfallen statistikförts sedan 1751 (bild 1). Antalet har halverats sedan 1990 (1). Den positiva vändningen skedde under det riksomfattande projektet för suicidprevention (1986–1996) (2, 3). Den positiva utvecklingen kan inte förväntas fortsätta i Finland utan preventiva åtgärder (4, 5). Suicidfallen kan antas börja öka efterhand till följd av att befolkningen ökar och blir äldre, men också plötsligt då de nuvarande metoderna för suicidprevention förlorar sin effekt.

Antalet suicidfall i Finland har uppvisat stora regionala skillnader som gäller både män och kvinnor (6, 7). Det här syns i antalet levnadsår som gått förlorade på grund av suicid (bild 2), närmare bestämt antalet förlorade levnadsår per 100 000 invånare på grund av suicid före 80 års ålder (sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3960). Det nationella programmet för främjande av barns och ungas säkerhet (<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-expertarbete/projekt-och-program/det-nationella-programmet-for-framjandet-av-barn-och-ungas-trygghet>) lägger fram 10 åtgärder för suicidprevention med målet att suiciddödligheten bland unga ska vara betydligt lägre 2025 än för närvarande (8).

Bild 1. Suicidfall i Finland.

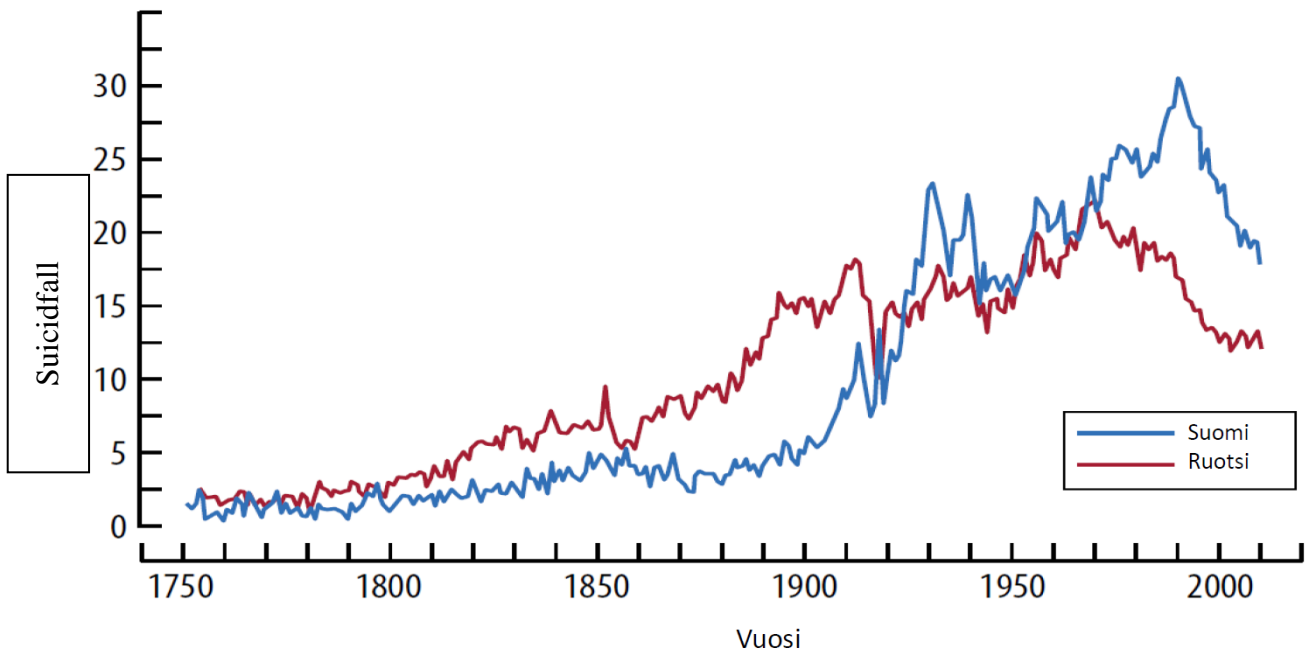
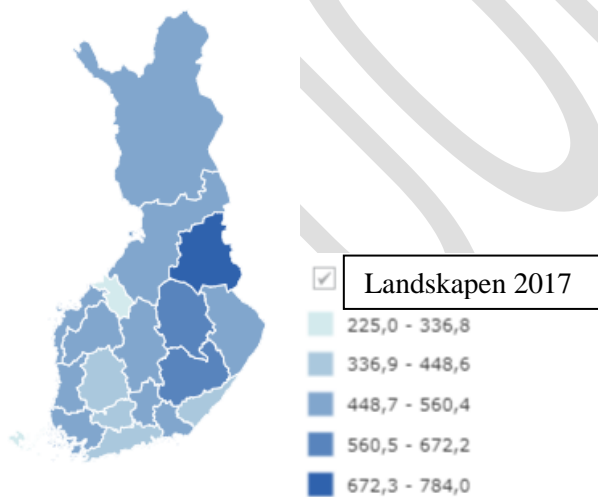


Bild 2. Antal förlorade levnadsår på grund av suicid i Finland 2015–2017.



Enligt de senaste uppgifterna tog 824 personer sitt liv 2017 och suiciddödligheten var 15,0 räknat per 100 000 personer. Medelåldern bland kvinnor som tagit sitt liv var 49 år och bland män 46 år. Av under 25-åringarna var dödsorsaken suicid för 107 personer, och av dem var 37 under 20 år.

Informationen om eventuella förändringar i suicidmetoderna under åren efter det riksomfattande projektet för suicidprevention är knapp och begränsar sig till lokala studier (9), enskilda metoder (10) eller en viss folkgrupp (11).

Motivering för behovet av ett program

Suicidfallen uppvisar en tydlig social ojämlikhet. Cirka 10 procent av skillnaderna i förväntad livslängd mellan olika socioekonomiska grupper i Finland beror på suicid. Bakom ligger ofta komplexa sociala, ekonomiska och hälsorelaterade problem utöver psykisk ohälsa. Det är också vanligt att en och samma person samtidigt lider av flera former av psykisk ohälsa, till exempel vid sidan av depression också missbruksproblem eller ångest. Därmed är psykisk ohälsa den centrala orsaken till suicidriskbenägenhet.

Även om regionvisa statistik- och uppföljningsuppgifter om förlorade levnadsår till följd av suicid finns tillgängliga i Institutet för hälsa och välfärds Välfärdskompass (www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/index.html) och om suiciddödligheten per region och åldersgrupp i Sotkanet (sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku), når informationen inte nödvändigtvis yrkespersonerna inom social- och primärvården. Dessutom publiceras statistiken med dröjsmål. Därför behöver vi så aktuell information som möjligt, förutom om åldersfördelningen och den regionala fördelningen i fråga om suicid även om suicidmetoderna, så att de preventiva åtgärderna kan riktas effektivare än för närvarande.

De politiska riktlinjerna för psykisk hälsa för att minska ojämlikheten och främja den psykiska hälsan bidrar sannolikt också till att förebygga suicid. Nedan framförs förslag till åtgärder för suicidprevention. Dessutom ska genomförandet och verkningsfullheten av åtgärderna i respektive helhet följas upp separat med hjälp av information som samlas in och används som indikatorer.

Förslag till hur riktlinjens mål ska uppnås

Förändra attityderna

Samhällsdebatten om suicidtankar och suicid ökas med målet att minska stigmatiseringen. Det förutsätter att man också tar upp negativa attityder till berusning och missbruks- och beroendeproblem, eftersom en anmärkningsvärd del av dem som tagit sitt liv också lidit av missbruksproblem. I det här sammanhanget är nyckelgrupperna vid sidan av hälso- och sjukvårdens yrkespersoner också ungdomsledarna, tränarna, kuratorerna, socialarbetarna, personalen vid flyktingförläggningarna och i församlingarna, vakterna, poliserna, skuldrådgivarna, utmätningsmännen, akutvårdarna, brandmännen, fångvaktarna, journalisterna, cheferna osv.

Åtgärd 1: Den stora allmänheten informeras regelbundet om metoderna för suicidprevention och för främjande av den psykiska hälsan.

Åtgärd 2: Samarbetet med inrikesministeriets program för den inre säkerheten fortsätter med målet att ordna utbildningar för olika yrkespersoner som arbetar med nödställda.

Åtgärd 3: En checklista utarbetas för identifieringen av akuta suicidrisker och säkerställandet av ändamålsenliga åtgärder efter identifiering.

Påverka suicidmetoderna

Suicidfallen har kunnat förhindras genom att påverka suicidmetoderna. Därför behövs en utredning av hur vanliga olika metoder är och hur de är tillgängliga.

Åtgärd 4: Suicidrisken uppmärksammas i trafiksäkerhetsarbetet.

Åtgärd 5: Suicidrisken uppmärksammas i miljöplaneringen av byggnader, broar, järnvägar och andra trafikleder.

Åtgärd 6: Suicidrisken uppmärksammas i inredningen i synnerhet på sjukhus, barnskyddsanstalter, flyktingförläggningar och kriminalvårdsanstalter.

Åtgärd 7: Lagstiftningen om tillgången till och förvaringen av gifter utvecklas.

Åtgärd 8: Lagstiftningen om tillgången till mediciner utvecklas, för hemmaförvaringens och receptförfarandets del med särskild hänsyn till missbruksproblem som riskfaktor. Missbruket av receptbelagda läkemedel kan begränsas genom till exempel apoteksavtal.

Åtgärd 9: Lagstiftningen om tillgången till och förvaringen av skjutvapen utvecklas.

Erbjuda tidigt stöd

Den individcentrerade inställningen behöver ersättas med en ansats som också beaktar suicidriskenas kopplingar till livssituationer och miljö. På så sätt kan de som upplever sig stå utanför den ekonomiska, sociala och mänskliga delaktigheten och ha förlorat sina krafter bättre få hjälp. Många som hör till riskgrupperna för suicid nås allra bäst genom personliga möten.

Åtgärd 10: Stödtelefonernas verksamhet utvidgas till även andra språkgrupper än finskspråkiga. Kompetensen hos de jourhavande i denna verksamhet stöds och uppdateras.

Åtgärd 11: Det inrättas ett samtalsstöd på nätet som är tillgängligt dygnet runt och som tjänsteleverantörerna i sociala medier åläggs att hänvisa suicidala kunder till.

Åtgärd 12: Tidigt stöd tillhandahålls utan tröskel även vid personliga möten för personer från olika språkgrupper.

Stödja riskgrupperna

Personer som kommunicerat om suicid och personer som försökt ta sitt liv löper den största suicidrisken. Även andra riskgrupper ska beaktas och behovet av eventuella särskilda åtgärder bedömas. Suicidrisken hos berusade personer och personer som lider av missbruks- och beroendeproblem ska bedömas på samma sätt som för andra. Om personen är så berusad att det är omöjligt att göra en tillförlitlig bedömning ska han eller hon vid behov tas i tillnyktrings- och avgiftningsvård för att utreda situationen och bedöma behovet av vidare åtgärder.

Åtgärd 13: Anhöriga och närstående till personer som tagit sitt liv erbjuds aktivt stöd efter suicidet.

Åtgärd 14: Sensitiva förebyggande program och krisarbetet utvecklas tillsammans med företrädare för regnbågsbefolkningen och minoritetsgrupperna, våldsoffer och andra i krissituationer, personer som fått avslag på sin asylansökan, fångar, personer som fått sin egendom utmätt och funktionsnedsatta samt personer som lider av kroniska smärtor, missbruksproblem och problemspelande.

Åtgärd 15: Opinionsbildarna utbildas i syfte att stärka den psykiska hälsan och förebygga suicid i till exempel skolorna och försvarsmakten.

Åtgärd 16: Användningen av bevisat effektiva metoder för suicidprevention ökas i ungdomsarbetet.

Åtgärd 17: Det uppsökande arbetet på nätet utvecklas i syfte att nå riskgrupperna och uppmuntra dem att söka hjälp.

Åtgärd 18: Färdigheterna inom psykisk hälsa stärks med hjälp av metoderna för främjande av psykisk hälsa hos personer som har det svårt och i arbetsgemenskaper som plötsligt förändras till exempel i samband med indragning av verksamhet och konkurssituationer.

Åtgärd 19: Inom äldreomsorgen ordnas tillgängliga miljöer, nya former av mer kollektivt boende och nät- och telefonbaserat stöd i syfte att förebygga ensamhet.

Utveckla vården

Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens stärks så att deras kunskaper ligger på en hög nivå och de tillämpar gemensamma evidensbaserade modeller för när och hur suicidrisker ska tas upp och bedömas och för suicidprevention och så att de har tillräckligt stöd i form av bland annat konsultationer och arbetshandledning. Nyckelgrupperna är då akuttvårdspersonalen och de som arbetar på jourmottagningar.

Åtgärd 20: Samarbetet med social- och hälsovårdsministeriet fortsätter med målet att ordna utbildningar för yrkespersoner inom social- och hälsovården.

Åtgärd 21: Användningen av evidensbaserade vårdmetoder och i synnerhet nya elektroniska metoder effektiviseras i vården av patienter med suicidrisk.

Åtgärd 22: Samarbetet mellan vårdinstanserna stärks så att vården av en patient med suicidrisk kan fortsätta sammanhängande när vårdinstansen byts. Tjänsterna ska sammanställas utifrån både personens och familjens behov.

Åtgärd 23: Alla som försökt ta sitt liv tillhandahålls ändamålsenliga tjänster omedelbart efter suicidförsöket och dessa tjänster samordnas.

Åtgärd 24: Tillståndet hos alla som försökt ta sitt liv följs upp tillräckligt tätt efter försöket.

Åtgärd 25: För alla med akut suicidrisk ordnas utan dröjsmål en konsultation som baserar sig på psykiatrisk expertis så att vårdbehovet kan bedömas samt fortsatta planer och eventuella säkerhetsplaner göras upp.

Åtgärd 26: För de instanser som möter eller vårdar personer med akut suicidrisk ordnas möjlighet till omedelbar konsultation.

Åtgärd 27: I fråga om unga tas hänsyn till föräldrar och syskon.

Åtgärd 28: I fråga om föräldrar tas hänsyn till barn och deras stödbehov.

Åtgärd 29: Samarbetet mellan erfarenhetsexperterna, organisationernas tidiga stöd och det övriga vårdssystemet stärks.

Åtgärd 30: Ledningssystemets stöd för en högkvalitativ och mänsklig vårdkultur möjliggörs.

Öka mediernas kompetens

Mediernas verksamhet har påvisats ha en antingen negativ eller positiv effekt även för suicidfallen. Därför har man i samarbete med yrkespersoner i mediebranschen upprättat rekommendationer om hur medierna bör kommunicera om självmord i allmänhet och framför allt om enskilda suicidfall till den stora allmänheten.

Åtgärd 31: En utbildning i mediernas rapportering om suicid och innehållet i suicidkommunikationen planeras och ordnas i samarbete med yrkespersoner i mediebranschen.

Åtgärd 32: Serviceleverantörerna i sociala medier och de som ansvarar för plattformerna åläggs övervakningsåtgärder som inkluderar en skyldighet att identifiera innehåll som uppmuntrar till suicid och meddelanden som hänvisar till suicid och att skapa ett hänvisningssystem för personer med suicidrisk.

Stärka forskningen

För att åtgärderna för suicidprevention ska kunna riktas effektivare än för närvarande behövs så aktuell information som möjligt förutom om åldersfördelningen och den regionala fördelningen i fråga om suicid även om suicidmetoderna. Dessutom behövs forskning kring orsakerna bakom suicidriskerna, så att nya preventiva metoder kan utvecklas.

Åtgärd 33: Social- och hälsovårdsministeriet upprättar för varje regeringsperiod en verkställighetsplan för suicidprevention till vilken alla viktiga intressentgrupper inom olika förvaltningsområden förbinder sig.

Åtgärd 34: Regionernas planer för mentalvård och missbrukarvård kompletteras med en plan för suicidprevention.

Åtgärd 35: Forskning för att identifiera nya digitala preventiva metoder finansieras.

Åtgärd 36: Ett tvärvetenskapligt program för suicidforskning startas vid Finlands Akademi.

Åtgärd 37: Olycksfallsutredningen utsträcks till att omfatta även suicid, till en början bland unga och slutligen alla suicidfall.

Åtgärd 38: Institutet för hälsa och välfärd upprättar ett nationellt suicidregister i syfte att följa upp och utvärdera kvaliteten på det förebyggande arbetet och möjliggöra suicidforskningen.

Åtgärd 39: Ett nationellt kompetenscenter för suicidforskning utses.

Åtgärd 40: Ansvar för samordningen, uppföljningen och utvärderingen av det nationella programmet för suicidprevention samt de resurser som behövs för detta anvisas en bestämd part, till exempel ett universitet eller Institutet för hälsa och välfärd.

Åtgärd 41: Samordningen, uppföljningen och utvärderingen av organisationernas tidiga stöd och hjälp genomförs till exempel vid ett center för suicidprevention inom Föreningen för Mental Hälsa i Finland.

Åtgärd 42: Verksamhetsförutsättningarna och verksamheten hos de organisationsaktörer som utför förebyggande arbete etableras med stöd av Social- och hälsoorganisationernas understödscentral och regionerna (landskapen).

Uppföljning, indikatorer, kostnader

Uppföljning av programmet för suicidprevention och förslag till indikatorer (skrivs senare)

Kostnader (skrivs senare)

Referenser, programmet för suicidprevention:

1. Finlands officiella statistik (FOS): Dödsorsaker (e-publikation). Helsingfors: Statistikcentralen, 2017. ISSN=1799-5051. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2017/ksyyt_2017_2018-12-17_tie_001_sv.html
2. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Voiko itsemurhan ehkäistä? Itsemurhien ehkäisyprojekti Suomessa 1992–96: toteutus ja arviointi. Raportteja 227. Helsinki: Stakes, 1999.
3. Hakanen J, Upanne M. Itsemurhien ehkäisyn käytännöt Suomessa. Itsemurhien ehkäisyprojektin seuranta ja arviointi. Raportteja 228. Helsinki: Stakes, 1999.
4. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. Duodecim 2014; 130: 1536–1544.
5. Holopainen J, Helama S, Partonen T. Itsemurhakuolleisuuden muutokset ikääntyvässä Euroopassa. Suomen Lääkärilehti 2015; 70: 1983–1989.

6. Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003; 119: 1827–1834.
7. Finlands officiella statistik (FOS): Dödsorsaker. Statistikcentralen 2018 (läst: 23.5.2018]. www.terveytemme.fi/avainindikaattorit/terveydentila/maakunnat_html/atlas.html
8. Korpilahti U, toim. Kansallisen lasten ja nuorten turvallisuuden edistämisen ohjelman tavoite- ja toimenpidesuunnitelma vuosille 2018–2025: osa I. Työpaperi 11/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2018.
9. Lahti A, Harju A, Hakko H, Riala K, Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res* 2014; 58: 123–128.
10. Lapatto-Reiniluoto O, Vuori E, Hoppu K, Ojanperä I. Fatal poisonings in Finland during the years 2004–2009. *Hum Exp Toxicol* 2013; 32: 600–605.
11. Laukkala T, Partonen T, Marttunen M, Henriksson M. Suicides among military conscripts between 1991–2007 in Finland: a descriptive replication study. *Nord J Psychiatry* 2014; 68: 270–274.